Harvard Medical Library
in the Francis A. Countway
Library of Medicine ~ *Boston*

VERITATEM PER MEDICINAM QUÆRAMUS

TARDIEU, Ambroise. Étude Medico-Le
Par s, 1868. Illus.

FIRST EDITION. Interesting study o
expert Tardieu (1818-1879), the suc
and president of the committee of pu

Library of Medicine ~ Boston
VERITATEM PER MEDICINAM QUÆRAMUS

sur l'Infanticide. 8vo, cont. quarter morocco.

Infanticide by the famous French medico-legal
sor of Orfila in the chair of forensic medicine
hygiene at Paris.

H 409

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
University of Ottawa

http://www.archive.org/details/tudemdicol04tard

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR

L'INFANTICIDE

Ouvrages de M. Tardieu, chez les mêmes Libraires.

Étude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement, avec la collaboration de M. Z. Roussin pour la partie de l'expertise médico-légale relative à la recherche chimique des poisons. Paris, 1867. In-8, 1072 pages.

— Mémoire sur la mort par suffocation. Paris, 1855.

Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs, 5e éd., Paris, 1867, in-8, 264 p. et 4 pl. gr.

Étude médico-légale sur l'avortement suivie d'observations et de recherches pour servir à l'histoire des grossesses fausses et simulées. Paris, 1863, in-8, 208 pages.

Mémoire sur les modifications que détermine dans certaines parties du corps l'exercice des diverses professions, pour servir à l'histoire médico-légale de l'identité (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1849, t. XLII, p. 388; t. XLIII, p. 311, et tirage à part.)

Relation médico-légale de l'assassinat de la comtesse de Goerlitz, accompagnée de notes et réflexions pour servir à l'histoire de la combustion humaine spontanée, en collaboration avec le docteur X. Rota. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.* 1850, t. XLIV, p. 191 et 363; t. XLV; p. 99.)

Voiries et cimetières. Thèse présentée au concours pour la chaire d'hygiène. 1852, in-8.

Étude hygiénique sur la profession de monleur en cuivre, pour servir à l'histoire des professions exposées aux poussières inorganiques. Paris, 1855, in-12.

Du tatouage considéré comme signe d'identité. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, t. III, 1855, p. 371 et suiv.)

Étude hygiénique et médico-légale sur la fabrication et l'emploi des allumettes chimiques. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, 1855, t. IV, p. 371 à 441.)

Mémoire sur la mort par suffocation. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1856, t. VI, p. 5 à 54.)

Mémoire sur l'empoisonnement par la strychnine, contenant la relation médico-légale complète de l'affaire Palmer. (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 2e série, 1856, t. VI, p. 371 et suiv. et tirage à part.)

Étude médico-légale sur la strangulation (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série. 1859, t. XI).

Étude médico-légale sur les maladies accidentellement et involontairement produites par imprudence, négligence ou transmission contagieuse, comprenant l'histoire médico-légale de la syphilis et de ses diverses transformations. (*Ann. d'hyg.* 1861, t. XV, p. 93, t. XXI, p. 99 et 340, 1864, 132 p. et tirage à part.)

Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité, ou Répertoire de toutes les questions relatives à la santé publique considérées dans leurs rapports avec les subsistances, les épidémies, les professions, les établissements et institutions d'hygiène et de salubrité. Complété par le texte des Lois, Décrets, Arrêtés, Ordonnances et Instructions qui s'y rattachent. 2e *édition* considérablement augmentée. Paris, 1862, 4 forts vol. in-8.

Nouvelles observations sur l'examen de squelette dans les recherches médico-légales concernant l'identité (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. leg.*, 1863, t. XX, p. 114.)

Relation médico-légale de l'affaire Armand, de Montpellier. Simulation de tentative homicide, commotion cérébrale et strangulation. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1864, et tirage à part, in-8.)

Relation médico-légale de l'affaire Couty de la Pommerais, empoisonnement par la digitaline, en collaboration avec Z. Roussin. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1864, t. XXII, p. 80, et tirage à part.)

Question médico-légale de la pendaison, distinction du suicide et de l'homicide (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1865, t. XXIII et tirage à part, in-8.)

Rapport fait au conseil municipal de Paris au sujet du projet de construction du nouvel Hôtel-Dieu (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1865, t. XXIV, et tirage à part, in-8).

Étude médico-légale sur les assurances sur la vie, par A. S. Taylor et Tardieu. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1865, t. XXV, et tirage à part.)

Empoisonnement par la strychnine, l'arsenic et les sels de cuivre, observations et recherches nouvelles, en collaboration avec P. Lorain et Z. Roussin (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1865, t. XXIV et tirage à part, in-8.)

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR

L'INFANTICIDE

PAR

AMBROISE TARDIEU,

Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie impériale de médecine,
Président du Comité consultatif d'hygiène de France.

AVEC TROIS PLANCHES COLORIÉES

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19, près du boulevard Saint-Germain.

Londres	Madrid	New-York
Hipp. Baillière.	C. Bailly-Baillière.	Ch. Baillière.

LEIPZIG, E. JUNG-TREUTTEL, 10, QUERSTRASSE

1868

Tous droits réservés.

HARVARD MEDICAL SCHOOL
LIBRARY OF LEGAL MEDICINE
16 MAR 1949
Gift: Mrs. Frances G. Lee
34.H.1868.2

PRÉFACE

Je poursuis le dessein que je me suis proposé de recueillir et de publier, dans une série d'études distinctes, les résultats de mes recherches et de mes observations personnelles sur les principaux sujets de la médecine légale, sur ceux qui forment en réalité le fond de la pratique dans cette branche de notre art. Après les attentats aux mœurs, l'avortement, la strangulation, la suffocation, l'empoisonnement, j'offre aujourd'hui à mes élèves et à mes confrères une monographie de l'infanticide.

Il n'est pas de questions plus ardues, plus complexes, que celles qui se rattachent à la démonstration scientifique du crime d'infanticide. Il n'en est pas non plus qui se présentent plus souvent au médecin, et qui sollicitent plus vivement son attention. En effet, l'infanticide n'appartient pas seulement à la pratique spéciale de la médecine légale, ni à l'exercice des grandes villes où les ressources abondent et où la responsabilité peut être déclinée ou partagée. Il faut que le médecin, l'officier de santé comme le docteur, soit prêt en tout lieu à constater des faits qui se montrent partout, dans les campagnes plus peut-être qu'aucun autre genre de crime, et que la justice trouve en lui un auxiliaire éclairé, sûr de sa science comme de sa conscience, également incapable de précipitation et de négligence, et sur les jugements de qui elle puisse guider son action.

Il n'en est pas toujours ainsi : je reçois chaque année et je pourrais citer un nombre considérable de lettres dans lesquelles des confrères me confient leur embarras,

leurs hésitations, et me font l'honneur de réclamer mes avis à l'occasion de cas divers d'infanticide.

Mais je n'ai pas besoin de ce témoignage pour être convaincu des difficultés de toute nature que présente ce genre d'expertise. Je l'ai éprouvé plus que personne, et si je suis parvenu à m'en faire une idée exacte et à les surmonter, c'est parce que mon expérience, vieille de près de vingt-cinq années, se fonde aujourd'hui sur plus de huit cents faits particuliers, observés par moi, étudiés avec tout le soin possible, et dans lesquels se sont reproduites un grand nombre de fois les formes les plus variées de l'infanticide, et les questions souvent les plus inattendues auxquelles il peut donner naissance.

Il n'en reste pas moins constant pour moi que, sur ce sujet comme sur la plupart des autres parties de la médecine légale, les enseignements anciens et les livres classiques sont insuffisants pour fournir les éléments pratiques d'une expertise et les notions précises dont le médecin, peu habitué aux recherches de cette nature, a besoin pour ne pas rester au-dessous de sa tâche. Et cependant il n'est pas de matière qui ait été plus souvent, plus longuement et plus compendieusement traitée. On formerait une bibliothèque de ce qui a été écrit sur l'infanticide, et le nombre des thèses seulement qui ont été soutenues dans les universités allemandes depuis un demi-siècle, lasserait la patience du collectionneur le plus ardent.

Aussi n'est-ce pas pour ajouter à mon tour quelques pages à tant d'autres que je publie cette étude. J'ai voulu, et puissé-je avoir réussi, suivant la règle que je me suis tracée dans chacun de mes précédents travaux, rendre l'histoire de l'infanticide plus simple et plus claire ; me

placer toujours invariablement au point de vue des faits et dans la situation exacte où se trouve le médecin légiste en face de ce fait qu'il doit constater, analyser et juger, faire de la médecine légale en un mot, je ne me lasserai pas de le redire, comme on fait de la clinique.

Je ne craindrai pas d'abréger en supprimant tout ce qui m'a paru inutile dans les interminables développements que les auteurs ont donnés au chapitre de l'infanticide ; je ne donnerai place à aucune de ces discussions théoriques auxquelles se sont complus certains casuistes de la médecine légale qui ont pris librement carrière dans ce champ démesurément agrandi, et ont mis le doute là où il faut la certitude, l'obscurité là où il faut la lumière. Je m'efforcerai d'être complet sans être long, de poser nettement les questions et d'y répondre avec précision, sans méconnaître ni dissimuler, sans trancher surtout témérairement les difficultés qui peuvent, dans certains cas, s'opposer à une solution positive et à des conclusions absolues. Les considérations historiques et critiques tiendront peu de place dans cette étude. J'aurai cependant à signaler et relever quelques opinions fausses, quelques erreurs de fait d'autant plus dangereuses qu'on les trouve dans des ouvrages récents et réputés classiques tant en France qu'à l'étranger.

Je ne prétends, on le voit, à aucun mérite d'invention, et je me contenterai de la nouveauté que peut offrir une étude consciencieuse entreprise dans l'esprit que je viens d'indiquer. Il est cependant, sur cette question de l'infanticide, quelques observations personnelles dont je revendique la priorité ; l'une avant tout qui a introduit dans la constatation des crimes d'infanticide un élément d'une importance capitale, autrefois méconnu et que j'ai mis en

lumière. Je veux parler des signes de la mort par suffocation, qui, tracés et étudiés par moi il y a douze ans, ont permis de reconnaître et de caractériser avec évidence le procédé d'infanticide le plus usuel et en même temps celui qui, faute de démonstration et d'indices suffisants, échappait le plus souvent aux recherches. Je trouverai dans cette étude l'occasion de reprendre et de compléter mes premières observations sur les lésions anatomiques que produit la suffocation, et je la saisirai avec d'autant plus d'empressement que la valeur de ce signe, dont chaque jour a confirmé pour moi la réalité, n'a pas été toujours bien comprise et que je suis en mesure aujourd'hui de l'appuyer de preuves plus fortes encore et plus puissantes.

Ainsi que je l'ai toujours fait, je rassemblerai dans ce travail un grand nombre d'exemples d'infanticide, de rapports et de mémoires que j'ai rédigés à l'occasion de faits intéressants qui viendront ainsi éclairer en quelque sorte l'exposé didactique. J'y joindrai enfin, dans une série de planches exécutées avec art et surtout avec la plus scrupuleuse exactitude, la représentation de certains détails d'anatomie normale ou pathologique, et d'inspection microscopique, très-nécessaires à connaître et qui se graveront ainsi aisément dans la mémoire. J'espère de la sorte, si l'exécution répond à mon dessein, que rien ne manquera pour faire de cette nouvelle étude un guide pratique et sûr dans les expertises toujours délicates auxquelles donne lieu l'infanticide.

Janvier 1868.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR

L'INFANTICIDE

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

L'histoire de l'infanticide doit occuper dans le cadre de la médecine légale une place à part. S'appliquant à un objet spécial et parfaitement distinct, le meurtre de l'enfant nouveau-né, elle comprend néanmoins et renferme, comme en résumé, l'ensemble des questions qu'embrasse le cercle presque complet de la pratique médico-légale, et forme ainsi un sujet très-vaste et très-particulier dans lequel se présentent successivement à l'étude les faits relatifs à l'identité aux signes et à l'époque de la mort, à la marche de la putréfaction, aux différents genres de mort violente, en tant qu'ils s'appliquent au nouveau-né; à la constatation de la grossesse et de l'accouchement, à l'examen de l'état physique et moral des femmes accusées.

En effet, ce qui constitue l'infanticide, ce n'est pas le procédé criminel employé, c'est le caractère de la personne frappée. La loi pénale française a consacré cette distinction ; elle n'a pas voulu confondre l'infanticide avec l'homicide et

a couvert d'une protection spéciale le nouveau-né, cet être qui entre dans la vie sans défense et qu'un crime peut si facilement faire disparaître avant même que son existence ait été connue ou seulement soupçonnée. La science, fidèle auxiliaire de la justice, doit conformer ses recherches aux exigences de la loi. De là, pour le médecin légiste, la nécessité de faire entrer dans la démonstration scientifique de l'infanticide certains éléments tout à fait particuliers qui serviront à constituer l'état et les conditions de la vie du nouveau-né, à reconnaître la trace des violences dont il a pu être victime, à constater les causes de mort naturelles ou accidentelles auxquelles il a pu succomber, et à établir les circonstances dans lesquelles s'est écoulée et s'est plus ou moins rapidement terminée sa courte existence.

On comprendra mieux ces rapports étroits qui unissent la médecine légale avec la législation, si l'on compare au point de vue de l'infanticide la jurisprudence médicale anglaise avec la nôtre. A. Taylor, dans son livre excellent (1), nous donne à cet égard des renseignements pleins d'intérêt et qu'il est curieux de consigner au début de cette étude. La loi anglaise ne regarde pas l'infanticide comme un crime particulier et le traite comme tout autre cas de meurtre. Elle ne s'occupe donc pas de savoir si le crime a été commis plus ou moins longtenps après la naissance. Mais lorsque l'infanticide a eu lieu presque au moment où le nouveau-né est venu au monde, ce qui est le plus ordinaire, il y a toujours présomption pour les jurés anglais que l'enfant était mort-né, quelque contraires que soient les indices fournis par la science ; et le crime n'est admis que lorsqu'on réussit à prouver, d'une part, que l'enfant a vécu un temps assez long après sa naissance, et, de l'autre, qu'il a été victime de violences évi-

(1) A. S. Taylor, *The principles and practice of medical jurisprudence*. Londres, 1865, p. 885.

dentes. Aussi l'expertise médico-légale rencontre-t-elle dans les cas d'infanticide des difficultés presque insurmontables. La conséquence de ces faux principes au point de vue de la répression est facile à prévoir. Taylor la déplore et attribue à cette défaillance de la loi l'extension croissante en Angleterre du crime d'infanticide. « On verra, ajoute-t-il, et ceci nous intéresse particulièrement, qu'en raison de la nature des preuves médicales exigées, il est très-rarement possible en Angleterre, dans l'état actuel de la loi, d'arriver à la conviction de l'infanticide. Malgré la fréquence du crime, les jurés semblent se refuser à rapporter un verdict de meurtre, même lorsque les faits médicaux sont pleinement justifiés; et presque invariablement ils se rejettent sur un chef d'accusation insignifiant, la dissimulation de naissance ; tandis que leur verdict est négatif pour l'infanticide qui constitue la véritable charge contre l'accusée. » Les choses en France se passent quelquefois de même, mais les acquittements qui, ainsi qu'on le verra, sont relativement fréquents dans ce genre de crime, sont fondés sur des raisons morales, sur des motifs d'humanité que nous nous garderons bien de blâmer, et ne touchent en rien à la réalité des faits et aux déductions médico-légales qu'ils comportent. L'expertise chez nous se poursuit librement: elle s'étend à tous les éléments constitutifs du fait incriminé et ne s'arrête qu'après avoir recueilli tout ce qui peut être utile à la manifestation de la vérité. C'est là le but à atteindre, et il convient de ne le jamais perdre de vue; je m'y appliquerai dans tout le cours de cette étude.

Il importe toutefois, avant de l'aborder, de circonscrire plus étroitement encore le sujet, et afin d'éviter toute confusion, de le dégager des questions qui doivent en rester séparées et que trop souvent cependant on a essayé d'y rattacher; je veux parler de l'avortement et de la viabilité qui sont et doivent rester essentiellement distincts de l'in-

fanticide. Je me suis déjà élevé (1) contre cette doctrine, et il suffit, pour en faire comprendre l'inanité, de rappeler la définition de l'avortement, qui n'est autre chose que l'expulsion prématurée et violemment provoquée du produit de la conception, indépendamment de toutes les circonstances d'âge, de vie et même de formation régulière, tandis que l'infanticide est le meurtre de l'enfant nouveau-né sorti vivant du sein de sa mère. L'avortement n'est même pas le fœticide, et il n'est pas nécessaire pour le constituer, quoi qu'en aient dit Orfila et Devergie, de prouver que le fœtus était vivant et de le soumettre aux constatations et expériences qui sont capitales au contraire pour établir l'infanticide. Il ne faut pas oublier non plus que les deux ordres de faits sont tellement distincts qu'ils peuvent s'ajouter et se succéder l'un à l'autre, et que la justice a eu à poursuivre à la fois l'avortement et l'infanticide successifs commis sur un même fœtus, expulsé vivant par des manœuvres abortives et mis à mort ensuite par un nouveau crime. Enfin, ce qui achève d'établir une séparation complète entre l'infanticide et l'avortement, c'est que pour celui-ci, les poursuites et les expertises médico-légales peuvent se passer du corps du délit, c'est-à-dire avoir lieu et conduire à des résultats très-positifs sans que le fœtus, prématurément et violemment expulsé, ait été retrouvé et examiné. Les circonstances du fait, les manœuvres abortives constatées sur les déclarations ou par l'inspection de la femme qui a subi l'avortement, peuvent suffire, ainsi que je me suis attaché à le démontrer, et ont souvent suffi à justifier une accusation. Rien de pareil pour l'infanticide. Là il est de toute impossibilité de constater le crime en l'absence du corps de délit. Il s'agit de constater le meurtre d'un enfant nouveau-né : comment le pourrait-on si l'on n'avait sous les yeux le cadavre de cet enfant et si l'on

(1) A. Tardieu, *Étude médico-légale sur l'avortement*. Paris, 1863, p. 3.

n'établissait par l'examen direct qu'il est né vivant et qu'il est mort de mort violente. A tous les points de vue il n'y a donc aucun rapprochement utile à faire, en ce qui concerne l'étude et la pratique médico-légale, entre l'infanticide et l'avortement.

Quant à la viabilité, la distinction est peut-être plus importante encore et plus nécessaire. En effet, on doit entendre par la viabilité, non la vie, mais l'aptitude à continuer de vivre; l'infanticide suppose seulement l'état de vie du nouveau-né. De ce qu'un enfant vient au monde non viable, il n'en est pas moins exposé à être mis à mort par des violences criminelles, et l'infanticide est constitué dès qu'il y a eu meurtre d'un nouveau-né, né vivant, quelles que soient les conditions d'âge, de développement, de conformation, de force, de viabilité en un mot qu'il présente. Il n'y a à cet égard aucun doute possible, et il faut de toute évidence considérer l'infanticide comme absolument indépendant de la viabilité. Et pourtant, par une apparente contradiction, il est très-rare que, dans les missions de justice, confiées à un expert dans le cas d'infanticide, on ne lui pose pas cette question : « L'enfant était-il viable? » Ce qui semblerait impliquer que la viabilité est une condition de l'infanticide. Il n'en est rien et une semblable interprétation n'est ni dans l'esprit de la loi, ni dans la pensée du magistrat qui a posé cette question. La viabilité n'est ici que la mesure en quelque sorte de la force de l'enfant et du degré de résistance qu'il a pu opposer aux violences exercées sur lui. Plus il sera établi que le nouveau-né était apte à vivre, plus la nécessité de le faire disparaître par un crime pourra être facilement démontrée. La viabilité est un caractère essentiel de l'individu tué, elle est un indice matériel et moral tout à la fois, et à ce double titre elle intéresse la justice. Mais il doit être bien entendu que l'état de viabilité d'un enfant nouveau-né mort victime d'un

infanticide, n'est qu'une condition de l'individualité de cet enfant, condition secondaire et nullement constitutive du crime. Demander à l'expert si un enfant que l'on suppose avoir péri de mort violente était viable, c'est lui demander en d'autres termes quel âge avait cet enfant, comment il était constitué et s'il ne pouvait mourir que de mort violente. Dans ces termes, la question, nettement définie et bien comprise, peut être admise au nombre de celles que soulève l'infanticide.

Le médecin légiste ne doit pas ignorer quelle place occupe l'infanticide dans la statistique criminelle et dans quelles conditions se présentent les cas d'infanticide qui sont soumis à l'expertise médico-légale, je crois donc utile de compléter les considérations préliminaires de cette étude par des renseignements précis et authentiques sur ces deux points qui formeront comme le tableau général du crime d'infanticide considéré en lui-même.

Statistique de l'infanticide. — L'infanticide est un crime fréquent et dont on signale partout, en Angleterre, en Allemagne, comme en France, l'extension croissante. Les *Comptes rendus annuels de la justice criminelle* montrent dans notre pays que l'infanticide, comme d'ailleurs les autres genres d'attentats contre les personnes, suit une progression qui serait véritablement effrayante, s'il ne fallait attribuer en partie le chiffre plus considérable de ces crimes à l'activité et à l'efficacité plus grandes des poursuites dont ils sont l'objet. Il ne faut pas, en ce qui touche surtout l'infanticide, y voir la preuve d'une dépravation plus profonde. Mais il y aurait certainement à rechercher s'il n'existe pas un rapport direct entre cette augmentation de fréquence et l'adoption de certaines mesures administratives qui régissent l'abandon des nouveau-nés, et entravent leur admission dans les hospices d'enfants trouvés. J'ai entendu des

hommes d'une haute expérience, exprimer avec la plus ferme conviction l'avis que la suppression des tours avait pour conséquence nécessaire la diminution du nombre des infanticides.

Je reste, pour ma part, disposé à croire le contraire, mais je n'ai pas à discuter ici cette question, que je devais me contenter de poser. Quoi qu'il en soit, la fréquence croissante des infanticides est un fait qui ressort clairement des données statistiques suivantes.

Le nombre moyen annuel des infanticides dans les huit périodes quinquennales de 1826 à 1865, a été de :

1826 à 1830.....	102	accusations,	113	accusés.
1831 à 1835.....	94	—	103	—
1836 à 1840.....	135	—	157	—
1841 à 1845.....	143	—	167	—
1846 à 1850.....	152	—	172	—
1851 à 1855.....	183	—	212	—
1856 à 1860.....	214	—	252	—
1861 à 1865.....	206	—	»	—

Le tableau suivant indique, pour les quinze dernières années, le nombre des accusations et des accusés, en même temps que le sexe de ces derniers et le chiffre des acquittements.

Plusieurs données intéressantes ressortent de ce tableau et des moyennes annuelles que j'ai données précédemment pour les huit dernières périodes quinquennales. Le chiffre des accusations d'infanticide a été en augmentant presque constamment pendant les trente premières années, à partir de 1825. Depuis dix ans, il reste sensiblement stationnaire.

Le nombre des accusés dépasse de 1/7e environ celui des accusations, ce qui répond aux cas, d'ailleurs, peu nombreux, dans lesquels la même poursuite enveloppe à la fois plusieurs complices.

État des accusations et des accusés d'infanticide de 1851 *à* 1866.

ANNÉES.	Accusations.	ACCUSÉS.			Acquittements.
		Femmes.	Hommes.	Total.	
1851.....	164	172	10	182	62
1852.	184	195	14	209	74
1853.....	196	208	17	225	59
1854.....	198	223	20	243	84
1855.....	173	188	12	200	61
1856.....	190	211	17	228	84
1857.....	208	222	24	246	74
1858.....	224	242	10	252	63
1859.....	226	249	19	268	92
1860.....	221	242	23	265	78
1861.....	209	218	19	237	71
1862.....	188	203	17	220	73
1863.....	211	222	10	232	87
1864.....	224	240	11	251	68
1865.....	196	200	17	217	69
	3012	3235	240	3475	1079

En ce qui touche le sexe des accusés, il n'y a pas à s'étonner de voir les femmes figurer en nombre de beaucoup supérieur dans la colonne des accusés d'infanticide. Il semble même, au premier abord, que les hommes devraient en être complétement absents. Ils s'y trouvent cependant, mais dans une très-faible proportion, qui ne s'élève pas, en général, au-dessus de 7 à 9 pour 100. Cette participation de l'homme au crime d'infanticide n'est pas sans intérêt au point de vue des constatations médico-légales. Elle implique, en effet, des procédés meurtriers différents de ceux qu'emploie d'ordinaire la main de la femme, et peut ainsi être dénoncée à l'avance par l'inspection du médecin expert.

Les Comptes rendus statistiques de la justice criminelle, renferment encore quelques renseignements curieux que je crois devoir résumer ici, et qui sont de nature à éclairer le côté moral de cette triste histoire.

L'état civil des accusés est, pour un peu plus des trois quarts, l'état de célibat. Mais pour les autres, il faut considérer que le fait du mariage n'indique pas toujours la vie de famille; et que c'est par exception que l'on rencontre les cas d'infanticide commis de complicité par un homme et une femme légitimement unis.

C'est dans les populations rurales et parmi les servantes, comme parmi les domestiques dans les villes, que se rencontrent le plus grand nombre des accusés. Et l'on constate, qu'eu égard au degré d'instruction, c'est parmi les accusés du crime d'infanticide que l'on trouve le plus d'individus à peu près complétement illettrés. On en compte 83 sur 100 de 1826 à 1850, et 79 pour 100 dans les quinze dernières années. Le rapport est fatal entre l'ignorance et la brutalité stupide, dont le crime d'infanticide est si souvent la conséquence.

Les cas d'infanticide qui ont donné lieu à des poursuites criminelles paraissent se répartir à peu près également et surtout très-indifféremment entre les divers temps de l'année; et sur 2776 accusations, comprises dans l'espace de quatorze ans, de 1851 à 1865, il y en a :

Pour le mois de janvier.....	272	juillet.....	180
— février	256	août.....	202
— mars.....	313	septembre...	213
— avril.....	244	octobre.....	191
— mai.....	275	novembre....	185
— juin.....	222	décembre....	223

Au point de vue de la répression, le crime d'infanticide est peut-être celui qui offre la proportion la plus considérable d'acquittements, environ 374 sur 1000. Il est intéressant de se demander si la cause en est dans la difficulté de la démonstration, et si, en particulier, ce qui nous toucherait singulièrement, les preuves médico-légales font défaut. Une pareille interprétation serait loin d'être exacte. En

effet, il n'est pas rare de voir des infanticides avoués, couverts par l'indulgence du jury qui se laisse toucher par la position des accusées, pauvres filles séduites, abandonnées par des hommes qui peuvent paraître plus coupables qu'elles-mêmes. C'est à ces raisons morales, à ces motifs de commisération naturelle qui pèsent d'un grand poids même dans les balances de la justice, qu'il faut attribuer le plus grand nombre des acquittements. Mais il est juste de reconnaître que la preuve matérielle est souvent difficile à faire, et que les éléments scientifiques de l'expertise médico-légale sont insuffisants, ou mal appréciés, ce qui est bien quelquefois la faute de l'expert et ce qui doit l'engager à redoubler d'efforts pour ne laisser échapper aucun des faits qui, dans chaque cas particulier, peuvent venir en aide à la manifestation de la vérité, seul but que doive se proposer le médecin légiste étranger à tout ce qui touche la répression pénale du crime.

A ces résultats de la statistique générale du crime d'infanticide, je crois devoir ajouter le tableau du mouvement de la Morgue de Paris, en ce qui concerne le nombre d'enfants nouveau-nés à terme reçus, celui des autopsies faites et des infanticides constatés annuellement pendant une période de trente années, de 1837 à 1866. Les chiffres compris dans ce tableau, donneront un aperçu très-exact des proportions que peut atteindre dans un grand centre de population comme Paris le crime d'infanticide.

Depuis longues années, j'ai été presque seul chargé de pratiquer sur les cadavres déposés à la Morgue, les autopsies ordonnées par la justice, et je peux me porter garant du soin et de la parfaite exactitude avec lesquels a été dressée la statistique suivante :

Etat des enfants nouveau-nés à terme déposés à la Morgue de Paris de 1837 à 1866.

Années.	Enfants reçus.	Autopsies faites.	Infanticides constatés.
1837...	7	6	1
1838...	24	21	10
1839...	18	18	11
1840...	21	21	11
1841...	14	11	7
1842...	15	6	6
1843...	28	8	8
1844...	21	11	10
1845...	18	15	11
1846...	25	21	14
1847...	30	16	14
1848...	22	16	12
1849...	19	12	11
1850...	27	20	17
1851...	26	20	17
A report.	315	222	160

Années.	Enfants reçus.	Autopsies faites.	Infanticides constatés.
Report.	315	222	160
1852...	26	20	14
1853...	40	33	22
1854...	42	38	33
1855...	42	32	26
1856...	47	30	28
1857...	58	37	31
1858...	57	49	46
1859...	69	45	34
1860...	61	45	37
1861...	71	67	52
1862...	59	46	35
1863...	81	81	53
1864...	91	90	63
1865...	103	102	45
1866...	82	76	47
Total.	1244	1013	726

L'augmentation croissante que constate le tableau qui précède, dans le nombre des infanticides constatés, est en rapport avec l'accroissement du chiffre des cadavres de tous genres reçus annuellement à la Morgue et aussi avec celui des autopsies faites. Sur ce dernier point, il est bon de faire remarquer que les habitudes du parquet de la Seine ont varié à différentes époques d'une manière assez sensible. Tandis que pendant un temps, la justice n'ordonnait l'autopsie que du tiers, de la moitié au plus, des cadavres d'enfants nouveau-nés déposés à la Morgue, aujourd'hui, dans des vues très-sages d'ordre public, il est très-rare que les autopsies ne soient pas prescrites, et le nombre des infanticides constatés et poursuivis s'accroît d'autant. Il est actuellement cinq ou six fois plus considérable qu'il ne l'était il y a vingt-cinq ans, et s'élève en moyenne à cinquante par année, auxquels il convient d'ajouter les cas,

d'ailleurs en petit nombre, qui sont constatés à Paris ailleurs qu'à la Morgue. Pour ma part, je l'ai dit, j'ai procédé, depuis que je pratique la médecine légale, à plus de huit cents autopsies d'enfants nouveau-nés.

Aussi la proportion qu'indique Casper (1) pour Berlin, lorsqu'il dit que dans cette capitale, et probablement dans toutes les grandes villes, les autopsies des nouveau-nés forment à elles seules le quart de toutes les autopsies légales, est-elle de beaucoup dépassée à Paris.

L'Angleterre ne le cède en rien à l'Allemagne et à la France, au point de vue de la fréquence des crimes d'infanticide. Taylor nous donne, pour deux années assez rapprochées, les chiffres suivants qui ne peuvent laisser de doute sur ce point : En 1862, sur 20 591 enquêtes criminelles qui ont eu lieu en Angleterre et dans le pays de Galles, 3239 ont eu pour objets des enfants au-dessous d'un an, et sur 124 verdicts de meurtres volontaires, plus de la moitié s'appliquaient à des infanticides. En 1863, sur 22 757 enquêtes, 3664 se rapportaient à des enfants, et parmi celles-ci, 166 aboutissaient à des verdicts de meurtre. Comme en France, les accusées étaient, pour le plus grand nombre, des femmes en service.

Des circonstances dans lesquelles se produisent les cas d'infanticide et des conditions de l'expertise. — Les circonstances dans lesquelles se présentent les cas d'infanticide sont loin d'être indifférentes, et ont sur les conditions mêmes de l'expertise une influence trop directe pour que nous ne nous attachions pas à les faire connaître.

Il n'en est pas de l'infanticide comme des autres genres

(1) Casper, *Traité pratique de médecine légale,* traduction française. Paris, 1862, t. II, p. 3.

de meurtre qui éclatent, soit dans un flagrant délit, soit par la découverte rapide du corps de la victime. Dans l'immense majorité des cas, l'infanticide suit de très-près un accouchement clandestin, et la femme, seule, dans l'ombre, après avoir tué l'enfant qu'elle vient de mettre au monde, peut dissimuler à la fois sa naissance et sa mort. La victime, en pareil cas, n'est pas difficile à cacher ou à faire disparaître; et le temps quelquefois très-long qui s'écoule avant la découverte du cadavre, ajoute singulièrement à la difficulté des constatations.

Celui-ci, d'ailleurs, peut être retrouvé dans les circonstances et dans les lieux les plus divers. Tantôt, c'est sur la voie publique; quelquefois, au seuil d'une maison, sous une porte cochère, dans une allée, très-fréquemment à l'intérieur d'une église, que le cadavre du nouveau-né est déposé. Pour ce dernier lieu, il peut arriver que l'enfant ait été abandonné vivant et ait péri par suite de cet abandon; car ce n'est pas dans les endroits écartés que sont exposés les enfants que l'on veut livrer vivants à la charité publique. Aussi ceux qui ont péri de mort violente et qu'on cherche à faire disparaître, se retrouvent surtout dans des lieux déserts, dans des chantiers, dans l'enceinte d'un enclos ou d'un cimetière par-dessus les murs desquels il n'est pas rare que les petits cadavres aient été lancés.

D'autres fois, ils ont été jetés dans un égout, dans un puits. Mais le cas le plus fréquent peut-être dans les grandes villes est celui où on les retire d'une fosse d'aisances. Chose singulière, il semble que ce soit là le moyen le plus sûr de faire disparaître les traces d'un infanticide. La malheureuse qui vient d'accoucher clandestinement et qui a tué son enfant, n'a rien de plus pressé que de le jeter dans les latrines et elle se croit assurée du secret et de l'impunité. Il y a, en effet, une erreur fort répandue, c'est que le corps délicat d'un nouveau-né ne résiste pas longtemps au contact des matières

et ne tarde pas à être détruit. Mais, outre que c'est tout le contraire qui est vrai, les fosses d'aisances, fouillées au moindre soupçon d'infanticide, gardent longtemps et rendent sûrement le cadavre qui y a été jeté. A Paris notamment où l'usage des fosses mobiles est très-répandu et tend à se généraliser, les tonneaux de vidange enlevés à des époques très-rapprochées et transportés au dépotoir, recèlent souvent des cadavres d'enfants nouveau-nés dont l'origine est indiquée sûrement par le numéro que porte la tonne et qui correspond à la maison d'où elle provient. On voit avec quelle facilité peuvent être ainsi découverts le fait et l'auteur de l'infanticide. C'est du dépotoir que viennent ainsi à la Morgue un très-grand nombre de nouveau-nés qui ont péri victimes d'un crime. Cette fréquence de l'immersion dans les fosses d'aisances est un point très-important dans l'histoire médico-légale de l'infanticide, et nous aurons à insister d'une manière toute spéciale sur les questions particulières qui s'y rattachent.

Mais je n'en ai pas fini encore avec les moyens employés pour faire disparaître les traces de l'infanticide. Les petits cadavres sont souvent aussi jetés dans une rivière, un ruisseau, une mare, un étang, et à Paris dans le canal. Ce qu'il y a à noter dans ces cas, c'est qu'il ne s'agit pas le plus ordinairement d'enfants noyés, mais de nouveau-nés précipités dans l'eau, après qu'ils avaient été déjà privés de vie. D'autres fois, dans les mêmes conditions, on les trouve enfouis dans la terre, au fond d'un jardin, au coin d'un bois, ou d'un champ, ou bien dans un tas de fumier, où l'on pense, non sans quelque raison, que les petits corps seront promptement consumés, ou encore dans du sable et dans des sacs ou des tonneaux de son et de remoulage.

Mais ce qui est encore très-commun, c'est de trouver le cadavre du nouveau-né dans la chambre même de la mère, enveloppé, caché dans une armoire, dans le tiroir

d'un meuble, dans un coffre, un panier, une malle, sous un tas de hardes, ou sous le lit et entre des matelas. C'est là que, dans les premiers moments qui suivent le crime, les recherches sont le plus souvent suivies de résultats.

Enfin, pour ne rien omettre, il faut citer les cas où l'on trouve dans le foyer d'une cheminée, ou dans un poêle les débris d'un cadavre que l'on a cherché à faire disparaître en le brûlant; et ceux où le corps déposé derrière un calorifère s'y est momifié; ou bien encore ceux dans lesquels des fragments sont restés au fond d'une marmite dans laquelle on avait fait subir au cadavre une véritable coction; ou dans l'auge des porcs à qui on l'avait donné à dévorer.

Telles sont, sans que j'aie la prétention de les avoir toutes prévues, les circonstances dans lesquelles se produisent le plus souvent les crimes d'infanticide. Il est facile de comprendre comment, dans leur diversité, elles peuvent faire varier les conditions de l'expertise médico-légale.

En premier lieu, en effet, l'état de conservation du corps diffère suivant le moyen qui a été employé pour le faire disparaître et qui l'a, pendant un temps, quelquefois très-long, soustrait à toutes les recherches. D'autre part, le cadavre n'a pas toujours été laissé dans son intégrité, il est aplati, déformé; souvent on trouve le corps en morceaux, et ces mutilations, que l'on rencontre quelquefois sur des corps d'adultes assassinés, sont beaucoup plus faciles et aussi beaucoup plus fréquentes dans les infanticides dont elles aident à disséminer et à effacer les traces, et dont, dans tous les cas, elles rendent la constatation très-difficile, parfois même impossible.

L'infanticide présente encore, au point de vue des recherches médico-légales, plusieurs particularités importantes. L'âge et le développement de la victime, qui n'ont qu'une importance secondaire dans les cas de meurtre

ordinaire, acquièrent, quand il s'agit du meurtre d'un nouveau-né, une importance réelle.

La détermination de l'époque à laquelle était parvenue la vie intra-utérine de l'enfant, en éclairant du même coup la durée de la grossesse de la mère, constitue un renseignement souvent fort utile à la justice. Il faut donc que l'expert ait soin d'établir si l'enfant est né à terme, ce qui a lieu dans le plus grand nombre des cas, ou, au contraire, avant terme et à un degré plus ou moins avancé de son développement intra-utérin. Des recherches non moins précises et d'un caractère tout spécial doivent également porter sur certains points de la conformation du nouveau-né. Le cordon ombilical, notamment, qui relie l'enfant à sa mère pendant tout le temps qu'il est contenu dans son sein, mérite un examen particulier et fournit à lui seul des données nombreuses et extrêmement intéressantes sur les circonstances dans lesquelles s'est opérée la délivrance, sur la manière dont l'enfant a été traité après sa naissance et même sur certains procédés d'infanticide. L'attention de l'expert se fixera donc sur l'état du cordon, soit qu'il n'ait sous les yeux que la portion adhérente à l'abdomen de l'enfant, soit qu'il ait en même temps à sa disposition la portion placentaire. Il constatera la structure et le degré de résistance du cordon; il dira s'il est entier, et, dans le cas contraire, il recherchera sur l'extrémité des fragments divisés s'il a été coupé par une section nette ou rompu par une traction énergique, et si, enfin, le cordon a été lié, ce que l'on ne voit presque jamais. Le placenta lui-même pourra être l'objet d'observations utiles au point de vue du développement de l'enfant et de certaines causes de maladie et de mort naturelle du fœtus.

Mais le point capital de l'expertise médico-légale en matière d'infanticide, et ce qui en fait un sujet si complétement à part, c'est la nécessité d'établir que le nouveau-né,

que l'on suppose avoir péri par un crime, était bien réellement né vivant. De là toute une série de recherches et d'expériences auxquelles l'expert doit se livrer pour retrouver sur le cadavre les traces de la vie, et qui précèdent et dominent toutes celles qu'il aura à faire pour découvrir les causes de la mort.

Quant à celles-ci, elles diffèrent encore sur bien des points de celles que l'on est accoutumé à constater dans les divers genres d'homicide. Il y a des procédés exclusivement propres à l'infanticide ; et les violences meurtrières elles-mêmes, dont le cadavre conserve l'empreinte, peuvent avoir une signification toute particulière et se rattacher au travail de l'accouchement, distinction qui exige une étude comparative souvent délicate.

L'autopsie cadavérique des nouveau-nés présente, on le voit, des complications et des difficultés que l'on ne rencontre pas dans l'examen des cadavres d'adultes et auxquelles il faut que le médecin soit préparé. Ce n'est pas que je veuille embarrasser la pratique d'une foule de préceptes oiseux sur les méthodes opératoires à suivre en pareil cas, ni que je regrette pour mes confrères ni pour moi les prescriptions impératives du règlement prussien «concernant le procédé que doivent suivre les médecins » légistes dans les explorations médico-légales des cadavres » humains». J'aime mieux laisser à chacun sa liberté d'action, et je ne demande que deux choses. En premier lieu, que l'expert chargé de faire l'autopsie d'un nouveau-né et de constater les preuves d'un infanticide, sache bien ce qu'il doit chercher et ait toujours présentes les questions qu'il doit résoudre. Peu importe après cela la marche qu'il suivra pour y parvenir. Je veux, en second lieu, que le médecin appelé par la justice dans un cas d'infanticide ne se prononce jamais sans avoir fait l'autopsie cadavérique complète. Et je me rallie complétement aux préceptes du

savant professeur de Guy's hospital, lorsqu'il insiste sur l'importance des premières constatations médicales qui serviront de base à la procédure criminelle, et qui, si elles ont été recueillies à la légère, porteront préjudice à la fois à l'action de la justice et à la considération de l'expert.

Mais il ne faut pas oublier que l'expertise médico-légale en matière d'infanticide a un double objet. Comme dans toute espèce de crime, où l'on examine à la fois la victime et le meurtrier, il faut, après avoir reconnu le meurtre du nouveau-né par l'inspection du cadavre, rechercher sur l'auteur présumé de l'infanticide les signes propres à démontrer sa culpabilité. Or, comme dans l'immense majorité des cas les soupçons se portent avec toute raison sur la mère du nouveau-né, il faut, dès que celle-ci est connue, qu'elle soit soumise à l'examen du médecin, qui recueillera dans cette nouvelle phase de l'expertise des indices de plus d'un genre. D'une part, en effet, il reconnaîtra sur la femme les signes d'un accouchement plus ou moins récent qui pourra se rattacher par les circonstances de date, de fait et de lieu, à la naissance de l'enfant mis à mort. Dans d'autres cas, au contraire, la plus simple investigation détournera les soupçons, en prouvant que la prétendue coupable n'est pas accouchée et ne se trouve dans aucune des conditions qui peuvent se rapporter au fait actuel. J'ai pu, dans bien des cas, soustraire ainsi de pauvres femmes aux déplorables conséquences d'une prévention injuste. L'examen médical ne devra pas toujours se borner à l'état physique des mères accusées d'infanticide, et pourra utilement s'étendre à leur état mental, qui est souvent, à tort ou à raison, invoqué pour expliquer et justifier le plus incompréhensible de tous les crimes.

En dehors des recherches que nous venons d'indiquer et qui, portant, soit sur le cadavre du nouveau-né, soit en même temps sur la mère auteur présumée de l'infanticide,

forment le fonds ordinaire de l'expertise médico-légale, il existe souvent des faits matériels très-importants à relever et qui peuvent faire l'objet de constatations particulières. Tels sont l'examen des lieux où l'on suppose que le crime a été commis et où le corps de l'enfant a été retrouvé ; celui de certains objets, instruments, ustensiles, vêtements, qui auraient été employés dans la consommation du crime. Sur ce dernier point, la science s'est enrichie de moyens aussi précieux que sûrs ; et j'ai, le premier, de concert avec mon savant collègue M. le professeur Robin (1), mis à profit l'exploration microscopique pour déterminer la nature de taches particulières qu'il importe au plus haut point de reconnaître avec certitude dans certains cas d'infanticide.

En résumé, l'étude médico-légale de l'infanticide telle que je la comprends, et d'après le plan que je me propose de suivre, doit, pour être complète, embrasser tous les faits que je viens d'énumérer successivement et qui peuvent être répartis en six groupes principaux, formant les divisions de ce travail.

1° *Établir l'identité de l'enfant nouveau-né,* c'est-à-dire donner les caractères qui le constituent nouveau-né et qui fixent son individualité.

2° *Établir que l'enfant a vécu,* condition indispensable, le meurtre du nouveau-né ne pouvant être prouvé que si l'on a préalablement démontré qu'il est né vivant et a vécu hors du sein de la mère.

3° *Établir les causes de la mort,* non-seulement par la constatation des violences meurtrières, mais par l'appréciation des causes de mort particulières au nouveau-né et

(1) A. Tardieu et Ch. Robin, *Examen microscopique des taches formées par le méconium et l'enduit fœtal, pour servir à l'histoire médico-légale de l'infanticide* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.* Paris, 1857, 2e série, t. VII).

par la distinction des causes de mort naturelle ou accidentelle auxquelles il peut être exposé.

4° *Établir l'époque de la mort;* c'est-à-dire relier le fait criminel à certaines circonstances de temps qui permettront à la justice de découvrir le vrai coupable.

5° *Établir les conditions physiques et morales dans lesquelles se trouve la femme accusée d'infanticide*, non-seulement le fait et la date de l'accouchement, mais encore les conditions dans lesquelles il s'est opéré et les influences qu'a pu subir la mère qui a tué son enfant.

6° *Établir les circonstances de fait* qui se rapportent au procédé criminel employé, aux lieux où le crime a été commis et aux actes divers qui l'ont suivi.

A chacun de ces points se rattachent, dans la pratique, un très-grand nombre de questions très-variées, très-spéciales, que je passerai successivement en revue à mesure qu'elles se présenteront dans l'ordre logique que je me suis tracé, et telles qu'elles se posent en réalité dans les conditions ordinaires des expertises d'infanticide. Les faits se dérouleront ainsi naturellement et viendront comme d'eux-mêmes se ranger à la place qui leur appartient.

J'espère éviter de la sorte les redites, les obscurités, la confusion, qui rendent si pénibles la lecture et l'étude des trop longs chapitres consacrés par les auteurs à l'histoire médico-légale de l'infanticide.

CHAPITRE II

DE L'IDENTITÉ DU NOUVEAU-NÉ.

L'infanticide, ainsi que je l'ai dit déjà, ne doit son caractère spécial qu'à l'individualité de la victime; et le crime ne saurait être qualifié, s'il n'est reconnu qu'il a été commis sur un nouveau-né. Il faut donc avant tout caractériser le nouveau-né, c'est-à-dire établir son identité. S'il s'agit du meurtre d'un adulte, la question d'identité n'offre d'intérêt que si la victime reste inconnue. Pour l'infanticide il est nécessaire de constituer avant tout l'identité particulière du nouveau-né; mais on se trouve ici en présence d'une anomalie qui peut paraître au premier abord singulière.

Il semble que la loi qui a si formellement distingué l'homicide de l'infanticide, et qui même pour ce dernier crime n'a pas voulu confondre le meurtre de l'enfant avec celui du nouveau-né, eût dû s'expliquer sur ce que l'on doit entendre par nouveau-né. Elle n'en a rien fait, et son silence, en excluant toute définition abstraite et rigoureuse, laisse à la jurisprudence, c'est-à-dire à la loi en action, le soin de décider quels sont les cas auxquels s'appliquent les peines spécialement édictées contre l'infanticide.

Des médecins légistes, des plus considérables et des plus habiles, embarrassés et irrités, à ce qu'il semble, par ce défaut de définition juridique, se sont cru en droit d'y suppléer et se sont appliqué à fixer eux-mêmes les termes dans lesquels devait être renfermée la dénomination de nouveau-né. Je suis pour ma part tout à fait opposé à des tentatives de ce genre; j'ai pour principe que le médecin est trop heureux quand il peut écarter de son chemin des difficultés qui ne le concernent pas, et qu'il a tout avantage

à mettre le moins souvent possible le pied dans le domaine des juristes. Le nôtre est assez vaste et notre tâche est assez lourde.

Cependant, quelque tenté que je sois d'éviter cette question, je ne crois pas pouvoir laisser de côté des travaux importants qui n'ont guère aujourd'hui qu'un intérêt historique, mais dont la place est marquée dans cette étude. Les jurisconsultes, d'ailleurs, aiment à s'appuyer sur l'opinion des médecins, même dans une question qui n'est pas purement médicale. Mais avant d'entrer dans les discussions théoriques, considérons ce qui se passe dans la pratique.

Tous les jours des poursuites criminelles sont entamées pour des faits que l'accusation n'hésite pas à qualifier infanticide. Mais il est arrivé dans certains cas que la qualification a été mal appliquée, et que l'on a poursuivi comme tels des faits qui, dans l'esprit de la loi, ne devaient pas être compris sous le titre d'infanticide. Il y a erreur; mais ces erreurs sont de celles que réforme la jurisprudence, qui se constitue d'elle-même par une série de décisions judiciaires consacrées par le tribunal suprême. C'est ainsi que la cour de Bruxelles a déclaré fausse la qualification d'infanticide donnée au meurtre d'un enfant tué quatorze jours après sa naissance. En Bretagne, un jury a refusé de reconnaître la qualité de nouveau-né à un enfant de quinze jours. Mais quelque chose de plus grave et de tout à fait décisif, c'est le considérant d'un arrêt de la Cour de cassation du mois de décembre 1835, réformant la désignation erronée de nouveau-né donnée à un enfant de quarante jours: « attendu que la loi n'a eu en vue dans le crime d'infanticide « que l'homicide volontaire commis sur un enfant *au moment où il vient de naître ou dans un temps très-rapproché de celui de la naissance* ». C'est bien là la véritable définition et la jurisprudence la donne à défaut de la loi en termes excellents et de beaucoup préférables à la délimitation

étroite que quelques médecins ont voulu emprunter à la physiologie.

Ollivier d'Angers, qui dans sa carrière trop courte de médecin légiste a laissé plus d'une trace lumineuse, s'était vivement préoccupé de cette question (1). Partant de cette idée que « le silence de la loi obligeant à une interprétation « du sens attaché au mot nouveau-né, rien ne doit être ici « abandonné à l'arbitraire », il avait cherché un caractère anatomique précis, absolu, et avait ingénieusement proposé pour limite à l'état de nouveau-né la chute du cordon ombilical. Bien que l'on puisse contester le principe d'Ollivier d'Angers, et admettre qu'il n'y a aucun inconvénient à s'en tenir, sinon à l'arbitraire, du moins à la libre interprétation de la loi pour fixer le sens du mot nouveau-né, il faut reconnaître que le caractère d'identité qu'il aurait voulu faire prévaloir ne pouvait guère être mieux choisi. La présence ou l'absence du cordon est, en effet, un signe facile à constater pour tout le monde et au premier coup d'œil. Mais si l'on considère les choses de plus près, on voit bien vite qu'il y aurait plus d'inconvénients que d'avantages à adopter la limite proposée par Ollivier, qui, elle-même, n'a rien de fixe, et substituerait à ce qu'il appelle l'arbitraire ou le vague de la loi, quelque chose de variable et d'inconstant.

Il est de fait que le cordon ne tombe pas à une époque fixe et toujours la même. Les délais varient de quatre à six et même huit jours; et la chute paraît être d'autant plus rapide que la constitution des enfants est plus forte. De là des inégalités, des différences qui sont peu compatibles avec la précision que l'on voudrait introduire dans la loi.

(1) Ollivier d'Angers, *Mémoire médico-légal sur l'infanticide. — Examen de cette question : Pendant combien de temps un enfant doit-il être considéré comme enfant nouveau-né?* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1re série, t. XVI, p. 328.)

On a fait à la proposition d'Ollivier d'Angers une objection qui, pour être forcée, n'en est pas moins sérieuse. Un meurtre commis sur deux jumeaux, nés le même jour et presque à la même heure, pourra être qualifié pour l'un infanticide, pour l'autre homicide, pour peu que le cordon ne se soit pas détaché exactement au même moment chez l'un et chez l'autre. Cette différence dans la qualification du même fait est absolument inadmissible.

D'autres caractères, également empruntés aux changements qui s'opèrent dans la conformation extérieure de l'enfant, ont été donnés par d'autres auteurs et sans plus de succès, comme limite de l'état de nouveau-né. C'est ainsi que Billard a indiqué la formation de la cicatrice ombilicale, signe infiniment moins bien choisi que la chute du cordon, car il recule cette limite à une date non moins incertaine et variable et de beaucoup trop lointaine. La cicatrice, en effet, peut n'être complète qu'au bout de douze ou quinze jours, et l'arrêt de la Cour de cassation ne permet pas d'étendre jusque-là la dénomination de nouveau-né.

Robert Froriep de Berlin (1) avait songé à revenir à la définition de l'ancien droit romain et voulait donner pour caractère au nouveau-né l'état sanguinolent de la surface du corps. *Infans sanguinolentus, cruentatus*, c'est l'enfant encore taché du sang dont il s'est couvert à son passage à travers les parties de la mère, et qui n'a pas reçu encore les premiers soins, les ablutions qui feront nécessairement disparaître cet état sanguinolent. Cette définition a beaucoup réussi en Allemagne. Casper (2) est près de l'admettre; il fait remarquer que dans le cas d'infanticide le nouveau-né a généralement été tué avant d'avoir reçu aucun soin et est resté tout souillé du sang de la mère. L'observation est

(1) Robert Froriep, *Qu'est-ce qu'un enfant nouveau-né* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1re série, t. XVI, p. 356).

(2) Casper, *loc. cit.*, t. II, p. 472.

ingénieuse et le fait est réel : mais s'il a quelque importance au point de vue du traitement qu'a subi l'enfant immédiatement après sa naissance, il n'en a aucune en ce qui touche la délimitation rigoureuse de l'état de nouveau-né. L'enfant sanguinolent c'est l'enfant naissant, ce n'est pas le nouveau-né. Les autres caractères physiologiques élargiraient trop le terme, celui-ci le restreint beaucoup trop.

D'ailleurs, j'insiste de nouveau sur l'incompétence absolue du médecin pour décider la question, et sur l'inutilité d'une plus longue discussion à cet égard. Il est infiniment plus simple de s'en rapporter, soit à la loi civile, qui dans certains pays, en Bavière notamment, conserve le titre de nouveau-né à l'enfant qui n'a pas trois jours révolus, ce qui répond aux délais fixés chez nous pour l'inscription à l'état civil; soit à la jurisprudence, qui dans son interprétation souveraine de la loi pénale nous a donné, aux termes de l'arrêt de cassation de 1835, une définition à la fois très-claire et très-pratique : « le nouveau-né est l'enfant au mo-« ment où il vient de naître ou dans un temps très-« rapproché de celui de la naissance ». Cette définition est bonne, parce qu'elle n'a rien d'absolu et qu'elle laisse toute latitude à l'appréciation de chaque fait particulier. Et précisément le véritable rôle du médecin expert consiste à chercher et à faire ressortir dans chaque cas particulier les éléments de cette appréciation. C'est à lui qu'il appartient, non de définir le nouveau-né, mais, comme je le disais en commençant, de constituer son identité, en recueillant dans l'examen du cadavre tous les caractères propres à faire connaître dans quelles conditions se présente l'enfant: tel est l'objet des premières questions posées à l'expert.

L'enfant est-il né à terme? — Il ne faut pas, comme on

le fait trop souvent, substituer à cette question, ou confondre avec elle celle de savoir si l'enfant est né viable. J'ai donné assez longuement, pour qu'il ne soit pas besoin d'y revenir, les raisons qui rendraient cette confusion regrettable. Mais s'il n'est pas nécessaire d'établir que l'enfant qui a péri victime d'un infanticide était viable, il importe beaucoup de savoir s'il est né à terme. Il y a là, en effet, un double indice considérable, touchant le moment où le crime a été conçu et exécuté, et les circonstances physiques et morales dans lesquelles a dû se trouver la femme qui, parvenue au terme de sa grossesse, n'a pu se tromper sur l'époque de sa délivrance, et ne peut arguer de la surprise et du trouble où l'aurait jetée la naissance avant terme de son enfant. La constatation de l'âge de celui-ci est donc indispensable.

Dans le plus grand nombre des cas celle-ci est facile : le cadavre soumis à l'expertise est intact et le médecin a toute latitude pour explorer les différents organes. Mais dans d'autres cas, par le fait de la décomposition ou de mutilations, il peut arriver que l'examen soit réduit à des fragments plus ou moins incomplets. Parmi ceux-ci, il en est qui n'ont aucune signification, aucune valeur au point de vue de la détermination de l'âge, d'autres, au contraire, peuvent être très-utilement interrogés et fournir à eux seuls des données positives sur le fait d'une naissance à terme. Il y aura lieu d'indiquer successivement les signes généraux ou partiels auxquels il convient de s'attacher dans l'un et l'autre cas.

Mais avant de donner les caractères que présente le corps d'un enfant nouveau-né, né à terme, j'ai besoin de faire remarquer que je m'efforcerai de les réduire au strict nécessaire. La pratique n'a que faire de cette énumération stérile de signes accumulés dans les livres et qui pour la plupart embarrassent la science et rebutent la mémoire la plus

obéissante. Je m'attacherai, comme je l'ai toujours fait dans l'enseignement de la médecine légale, à en simplifier l'étude; et, comme précisément dans le sujet qui m'occupe il existe quelques signes excellents, je ne vois aucune utilité à multiplier des indications secondaires et sans objet. Je ne veux pas oublier que le médecin légiste doit porter son bagage scientifique avec lui et posséder des notions simples, mais sûres, qui lui permettent de se prononcer avec certitude et décision.

Les caractères de l'enfant né à terme sont de trois ordres, et se déduisent: 1° du développement général du corps de l'enfant; 2° de l'état du tégument externe; 3° du degré de l'ossification.

a. Le *développement général* du corps de l'enfant nouveau-né ne donne pas à lui seul le caractère de la maturité de l'enfant né à terme; mais il constitue un élément d'une très-grande importance qui, joint aux autres, peut conduire à une démonstration à peu près absolue. Il faut le considérer à la fois dans le poids du corps, la taille, et les dimensions de certaines parties.

Poids du nouveau-né à terme. Le poids de l'enfant nouveau-né varie nécessairement suivant la force de la constitution; mais cependant il est contenu dans des limites qui sont très-rarement dépassées, et la moyenne peut être exactement donnée et fournir un signe d'une valeur réelle. J'indiquerai à cet égard les résultats d'un nombre considérable d'observations non encore publiées; mais je dois d'abord consigner les chiffres fournis par quelques auteurs. Chaussier (1) donnait une moyenne évidemment trop faible en fixant de $2^k,500$ à $2^k,750$ le poids de l'enfant à terme; et Elsaesser (2) peut-être un peu trop élevée, à $3^k,750$. Casper

(1) Billard, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*, 3e édit. Paris. 1837.

(2) Elsaesser, *Du poids et de la taille des enfants nouveau-nés* (*Henke's*,

avec la plupart des auteurs modernes (1) adopte le chiffre de 3^k,500. Mais ses calculs n'ont porté que sur 247 enfants : 130 garçons, pour lesquels la moyenne s'est élevée à 3^k,716, et 117 filles, du poids moyen de 3^k,400.

Ceux que je vais produire et que je dois à l'obligeance et au zèle scientifique de madame Alliot, sage-femme en chef de la Maternité de Paris, dont le nom est une garantie de savoir et de talent, comprennent 4104 enfants, 2208 garçons et 1896 filles. Pour tous on s'est assuré avec le plus grand soin qu'ils étaient bien à terme, non-seulement par l'ensemble des signes extérieurs, mais encore par les renseignements précis et concordants donnés par les mères touchant la dernière apparition des règles.

Le nombre considérable des observations que résume le tableau précédent donne aux résultats qui en ressortent une valeur plus grande que n'en a eue aucune des statistiques antérieures. Or un premier fait à signaler c'est que le chiffre le plus élevé des nouveau-nés répond au poids exact de 3 kilogr. Mais ce qui est plus significatif, c'est que si l'on additionne le nombre de ceux qui pesaient de 3 kilogr. à 3^k,500, on en trouve 2142, c'est-à-dire plus de la moitié ; c'est donc bien exactement à ce chiffre que doit être fixé le poids moyen du nouveau-né, né à terme. Il est bon d'ajouter que le sexe n'est pas sans influence, et que les garçons pèsent généralement plus que les filles.

Zeitschrift, t. IV, n° 42, et *Ann. d'hyg. et de méd. lég.* 1re série, t. XXXI, p. 459).

(1) On consultera avec fruit les recherches récentes et très-dignes d'intérêt de M. Bouchaud (*De la mort par inanition ; Études expérimentales sur la nutrition chez le nouveau-né*, thèse de Paris, 1864, n° 141), et de MM. L. Odier et R. Blache (*Quelques considérations sur les causes de la mortalité des nouveau-nés*. Paris, 1867).

Poids de 4104 enfants nés à terme à la Maternité de Paris.

Poids.	Garçons.	Filles.	Total.	Poids.	Garçons.	Filles.	Total.
k				k			
5,300	1	»	1	3,500	177	141	318
4,950	2	»	2	3,450	74	45	119
4,900	1	1	2	3,400	108	66	174
4,800	»	2	2	3,350	65	72	137
4,750	2	1	3	3,300	115	93	208
4.700	1	1	2	3,250	94	74	168
4,650	1	»	1	3,200	126	116	242
4,600	4	»	4	3,150	67	62	129
4,550	3	»	3	3,100	107	79	186
4,500	6	5	11	3,050	62	47	109
4,450	5	4	9	3,000	191	161	352
4,400	6	»	6	2,950	24	18	42
4,350	5	2	7	2,900	41	75	116
4,300	7	4	11	2,850	40	39	79
4,250	10	1	11	2,800	58	38	146
4,200	18	4	22	2,750	42	58	100
4,150	7	1	8	2,700	42	69	111
4,100	16	7	23	2,650	29	38	65
4,080	»	1	1	2,600	45	46	91
4,050	6	»	6	2,550	24	32	56
4,000	47	11	58	2,500	44	42	86
3,950	18	8	26	2,450	16	24	40
3,900	38	16	54	2,400	17	25	42
3,850	27	6	33	2,350	17	12	29
3,800	45	28	73	2,300	10	25	35
3,750	45	19	64	2,250	14	24	38
3,700	83	50	133	2,200	4	»	4
3,650	36	35	71	2,150	3	8	11
3,600	3	37	100	2,100	5	10	15
3,550	60	29	89	2,050	9	»	9
3,540	2	»	2	2,000	2	7	9

Mais il est une notion qui n'est pas moins importante pour la médecine légale que celle de la moyenne, c'est celle des extrêmes au delà desquels l'expert ne devrait pas admettre que l'enfant est à terme. Nos chiffres de la Maternité nous donnent un maximum de 5^{k},300, poids déjà constaté par Baudelocque. Casper a noté 5 kilogrammes, mais c'est là évidemment un poids exceptionnel, de même que tous ceux qui dépassent 4^{k},500, puisque nous n'en comptons que 20 sur 4000 enfants. Entre

4 kilogrammes et 4^{k},500, on en trouve 115; et 493 de 3^{k},500 à 4 kilogr. Le minimum a dans la pratique plus d'intérêt encore. Dans les conditions normales on ne peut pas admettre qu'il s'abaisse au-dessous de 2 kilogrammes; Casper l'a fixé à 2^{k},250. Entre ces deux chiffres le tableau que j'ai dressé ne contient que 48 enfants. C'est seulement dans des cas pathologiques que des nouveau-nés très-manifestement à terme ont présenté un poids inférieur. On l'a vu tomber à 1200 grammes par suite d'une altération des deux tiers du placenta (1). Mais dans ce cas, les diverses parties du corps présentaient un développement régulier. Il en pourrait être ainsi également dans le cas de grossesse gémellaire (2). Ce qui importe, c'est de considérer le développement général en même temps que le poids.

On sera de la sorte conduit à admettre que si un nouveau-né de 1^{k},200 à 1^{k},500 peut quelquefois être à terme, il ne peut pas ne pas y être s'il pèse 3 kilogrammes. Paul Dubois a très-heureusement insisté sur ce fait constant, en dégageant des charges d'une paternité de rencontre un jeune étudiant qui était venu lui confier qu'un enfant dont il croyait être le père venait de naître à sept mois, pesant 3 kilogrammes. Un nouveau-né de ce poids est certainement et toujours à terme.

Taille du nouveau-né à terme. Quant à la taille, qui mérite également d'être notée, les chiffres me donnent comme moyenne très-rapprochée de la vérité pour la longueur totale du corps d'un enfant à terme 50 à 52 centimètres. Casper trouve 47 centimètres seulement, chiffre évidemment trop bas et qu'il ne faut pas attribuer à une influence de race, car Elsaesser dans le même pays fixe la

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 57.

(2) Ganahl, *Considérations sur la superfétation*, thèse de Paris, 1867, n° 144, p. 25.

taille moyenne du nouveau-né de 50 à 51 centimètres. Les extrêmes entre lesquels sont contenues ces moyennes sont pour ce dernier observateur 40 et 65 ; pour Casper 46,5 et 49,5 ; et pour nous 46 et 58. Le chiffre moyen de 50 centimètres facile à retenir est celui qui doit être adopté.

Dans un travail intéressant que je mettrai bientôt à profit (1), M. le docteur Letourneau s'est élevé contre le procédé de mensuration ordinairement suivi et propose, au lieu de prendre la longueur totale du corps, de mesurer par segments, c'est-à-dire du vertex au pubis d'abord, puis successivement du pubis à la tubérosité du condyle fémoral interne, et du condyle interne du fémur au bord inférieur de la face postérieure du calcanéum. Ce procédé, qui a surtout pour objet d'éviter les causes d'erreur qui résultent de la multiplicité et de la mobilité des articulations, n'a pas une grande importance dans le cas d'infanticide, où l'examen portant exclusivement sur un cadavre peut se faire en toute liberté. Aussi en ayant soin de mesurer avec un mètre flexible qui s'applique exactement aux points de repère fixes du corps, on arrive à des résultats suffisamment précis. La meilleure preuve c'est que les chiffres obtenus par M. Letourneau à l'aide de ses mensurations par segments ne diffèrent pas de ceux que nous venons de donner nous-même, et l'on voit dans ses tableaux la longueur totale du corps des nouveau-nés à terme arriver en moyenne à 50 centimètres entre les extrêmes de 46 et 54 centimètres. Ce sont exactement les chiffres fournis par la mensuration d'ensemble lorsqu'elle est pratiquée avec soin. Les recherches de M. Letourneau peuvent être plus utilement appliquées aux cas où l'expert n'a sous les yeux que des fragments du corps mutilé d'un nouveau-né. Le sexe ne paraît avoir aucune influence constante sur la taille des nouveau-nés.

(1) Ch. Letourneau, *Quelques observations sur les nouveau-nés*, thèse de Paris, 1858, nº 35, p. 13.

A ces mesures de la longueur totale du corps, il convient d'ajouter comme signe d'une grande constance et surtout comme élément utile à noter à divers points de vue dans tous les cas d'infanticide, les dimensions de la tête du nouveau-né à terme. Je rappelle donc que le diamètre occipito-frontal mesure de 11 centimètres à 11,5, et le diamètre biparié-tal, de 9 centimètres à 9,5. Casper, qui paraît n'avoir observé que des enfants remarquablement petits, donne des chiffres inférieurs : 10,3 pour le premier diamètre et 8 centimètres pour le second, qu'il faut se garder d'accepter comme moyenne générale.

Il est une dernière particularité qui se rattache à la taille du nouveau-né à terme, et que je mentionne seulement pour mémoire, car comme le savant professeur de Berlin, je n'y attache qu'une fort médiocre importance. Je veux parler du point d'insertion du cordon ombilical, qui, à terme, se trouve un peu au-dessous du milieu de la hauteur totale du corps ; de telle sorte que la moitié supérieure est plus longue que la moitié inférieure de 2 à 3 centimètres suivant Elsaesser et quelques autres, de 1 à 2 au plus, suivant mes propres observations.

b. *État du tégument externe.* — La structure de la peau, qui varie aux différents âges de la vie fœtale, présente au terme de la gestation un aspect véritablement caractéristique, en rapport à la fois avec les influences nouvelles que l'enfant va avoir à subir pendant et après sa naissance. Cet aspect du tégument externe constitue donc un excellent signe de l'identité du nouveau-né, né à terme.

La peau complétement formée, blanche, ferme, élastique et pourvue d'un épiderme très-visible et prompt à se détacher, est en outre recouverte d'un enduit sébacé très-épais répandu sur tout le corps, mais amassé surtout dans les plis des jointures, et dans certaines parties, aux épaules notamment, d'un duvet très-fin, mais très-dru, d'une sorte

de poil follet destiné à tomber rapidement. Les productions épidermiques sont également développées. Les ongles bien formés, aux mains surtout, arrivent non-seulement à l'extrémité libre des doigts, mais la dépassent légèrement. Et les cheveux sont, sinon toujours, du moins le plus souvent déjà assez abondants.

Ce n'est pas seulement comme preuve de la naissance à terme que l'étude des caractères de la peau chez le nouveau-né intéresse la médecine légale. Il y a dans certains cas d'infanticide des données extrêmement précieuses à recueillir sur la nature de taches formées par le contact du corps de l'enfant. Elles reposent tout entières sur l'examen microscopique des débris provenant du tégument externe, et par conséquent sur la connaissance de la structure histologique des éléments qui le composent. Cette étude serait ici sans objet, elle sera plus utilement placée et d'une application pratique plus immédiate lorsque je traiterai des circonstances dans lesquelles peuvent se former les taches dont il vient d'être question.

c. *Caractères tirés du degré de l'ossification.* Les signes que l'on peut tirer du degré d'avancement auquel est parvenue l'ossification, pour déterminer qu'un nouveau-né est bien à terme, ont d'autant plus de valeur que le travail de formation des os obéit à des lois constantes et suit généralement une évolution très-régulière. Mais il n'est pas nécessaire d'interroger tout le squelette : deux points, un seul même, suffirait à donner des caractères excellents.

Le premier est assurément l'une des plus précieuses indications que la médecine légale doive à la science. Il a été signalé en 1819 par un grand anatomiste, Béclard, qui a fait connaître la présence constante dans l'épaisseur du cartilage épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur d'un point osseux qui apparaît dans les derniers temps de la vie intra-utérine, à la dernière quinzaine de la gestation. Au dé-

but on voit, au milieu de la masse blanche nacrée du cartilage, d'abord un point rouge comme une tache de sang ; il s'étend rapidement, et au moment de la naissance, il forme un petit noyau ayant la forme d'un pois, un peu plus large transversalement qu'en hauteur, et mesurant dans son plus grand diamètre de 2 à 5 millimètres (voyez *Planche* II, fig. 2). Pour découvrir sûrement le point osseux épiphysaire des fémurs et apprécier exactement le degré de formation auquel il est parvenu, il faut fléchir fortement le genou et inciser toute l'épaisseur de l'extrémité articulaire du fémur mise en saillie par la flexion. On divise ainsi le cartilage un peu au-dessous du point osseux, et en coupant ensuite l'épiphyse cartilagineuse par tranches minces de bas en haut, on arrive au point d'ossification et l'on atteint graduellement l'endroit où il présente son plus grand diamètre, de manière à en mesurer exactement les dimensions. Celles-ci iront en croissant et pourront servir encore plus tard à fixer l'âge d'un enfant qui ne serait plus un nouveau-né. C'est donc là en réalité un caractère excellent et qui à lui seul efface et peut remplacer tous les autres, car n'apparaissant qu'à la veille de la naissance à terme, il marque bien réellement l'époque normale du passage de la vie intra-utérine à la vie extérieure ; et de plus il résiste à la décomposition et se retrouve tant qu'il reste quelque chose du cadavre.

Le second signe que l'on peut tirer du degré de l'ossification est fourni par l'inspection du maxillaire inférieur, qui chez le nouveau-né à terme présente quatre alvéoles nettement circonscrits par un cloisonnement complet, et qui se montrent dès que l'on a enlevé d'un coup de ciseaux la portion cartilagineuse qui forme le bord gingival de l'os maxillaire.

Je ne veux pas m'arrêter aux autres signes qui ont été donnés comme caractères du nouveau-né à terme. Ils sont

vagues, incertains et surtout inutiles, parfois même dangereux et pouvant conduire à l'erreur. J'en citerai seulement pour exemple celui qu'on a voulu tirer de la présence du méconium dans l'extrémité inférieure de l'intestin. Il n'y a pas bien longtemps qu'un honorable confrère, M. le docteur Bineau de Saumur, me communiquait un cas dans lequel, chez un enfant nouveau-né, né à terme, et que la mère avouait avoir étouffé presque immédiatement après sa naissance, il avait trouvé le gros intestin aplati, confondu pour l'aspect et le volume avec l'intestin grêle et absolument vide de méconium. Ce fait n'est pas le seul qui ait contribué pour moi à enlever toute valeur à la présence ou à l'absence du méconium dans le rectum chez le nouveau-né à terme.

A quelle époque plus ou moins éloignée du terme de la vie intra-utérine l'enfant est-il né? — Je viens d'indiquer à l'aide de quels signes on peut reconnaître que le nouveau-né dont le cadavre est soumis à l'examen de l'expert est bien né à terme. Mais s'il en est autrement, il importe de déterminer aussi exactement que possible à quelle époque plus ou moins éloignée du terme de la vie intra-utérine il est né.

Les mêmes principes doivent nous guider dans cette recherche, et nous trouverons dans le développement général du corps, dans l'état du tégument externe et dans le degré de l'ossification aux différentes périodes de la vie intra-utérine, des signes positifs propres à caractériser le fœtus aux différents âges. Bien que, au point de vue des infanticides il n'y ait d'intérêt que pour les derniers mois de la vie fœtale, je réunis ici dans un tableau complet l'ensemble des changements qui s'opèrent, à mesure que le produit de la conception se développe. Les signes que j'indique sont d'ailleurs en petit nombre et réduits aux points essentiels. Je me suis attaché à choisir ceux qui sont le plus faciles à constater, et la forme synoptique sous laquelle je les présente permet d'en saisir l'enchaînement et d'en mieux apprécier la valeur.

Tableau indiquant les caractères du fœtus aux différents âges de la vie intra-utérine.

AGES.	DÉVELOPPEMENT GÉNÉRAL DU CORPS.		ÉTAT du tégument externe.	DEGRÉ de l'ossification.
	Taille.	Poids.		
De 1 mois à 1 mois 1/2	1 centim. à 1c,5	1 à 3 gram.	Peau complétement transparente, d'un rouge pourpre, sans aucune trace de poils.	Noyau osseux des os des membres de la clavicule et des maxillaires inférieures.
De 1 1/2 à 2 mois...	2 à 5 cent.	5 à 10 gram.		Apparition des papilles dentaires dans le sillon du maxillaire inférieur.
Du 2e au 3e mois....	5 à 10 cent.	25 à 50 gram.		
Du 3e au 4e mois....	10 à 15 cent.	50 à 150 gram.	Développement des ongles. Apparition de la matrice unguéale. Sexe distinct.	Noyau osseux dans l'ischion.
Du 4e au 5e mois....	15 à 20 cent.	200 à 250 gram.	Germe de poils au front et aux sourcils.	Ossification du calcanéum.
Du 5e au 6e mois....	25 à 30 cent.	250 à 400 gram.	Poils apparaissant sur les membres.	Noyau osseux de l'astragale et du corps du pubis.
Du 6e au 7e mois....	30 à 35 cent	500 à 1000 gram.	Poils aux mains et aux pieds. Membrane pupillaire commençant à disparaître.	Trois à quatre noyaux osseux du sternum.
Du 7e au 8e mois....	35 à 40 cent.	1 kilogr. à 1k,500	Peau ayant perdu sa transparence. Épiderme distinct. Couleur blanc rosé.	
Du 8e au 9e mois....	40 à 45 cent.	1k,500 à 2k,500	Peau se couvrant d'un enduit sébacé. Ongles n'arrivant pas à l'extrémité des doigts.	Ossification des dernières vertèbres du sacrum.
A terme.....	45 à 50 cent.	3 kilogr. à 3k,500	Peau couverte d'un enduit sébacé plus épais. Ongles dépassant l'extrémité des doigts. Membrane pupillaire complétement disparue. Ombilic un peu au-dessous de la moitié de la longueur du corps.	Noyau osseux de l'épiphyse condylienne des fémurs. Cloisonnement complet circonscrivant quatre alvéoles au maxillaire inférieur.

Le tableau qui précède n'a pas besoin de commentaires ; je me bornerai à quelques remarques sur les principales indications qu'il fournit.

En ce qui concerne la taille, il est à noter, Casper en a déjà fait l'observation et la mémoire peut en profiter, qu'à partir du cinquième mois de la vie fœtale, si l'on divise par 5 le chiffre de la longueur totale du corps, le quotient reproduit exactement l'âge du fœtus. Quant au poids, la progression en est rapide, surtout dans les derniers temps de la gestation.

L'état de la peau, que l'on peut juger d'un seul coup d'œil, est surtout intéressant dans la seconde période de la vie intra-utérine en ce qui touche la formation des produits épidermiques. A dater du sixième mois, elle devient blanche et acquiert progressivement plus de fermeté et d'élasticité. L'épiderme s'épaissit et se complète par le développement des ongles. La peau se recouvre d'un enduit sébacé. On peut dire que ce développement et cette formation perfectionnés du tégument externe constituent une condition essentielle de vie pour le nouveau-né, et mesurent en quelque sorte le degré de résistance qu'il est capable d'offrir aux influences extérieures lorsqu'il sera sorti du sein de sa mère.

Quant au degré de l'ossification, on trouve dans les auteurs un luxe véritablement exagéré d'indications anatomiques, à la fois peu exactes et surtout presque impossibles à rechercher dans une expertise médico-légale. Celles qui sont consignées au tableau précédent auront du moins le double avantage d'être peu nombreuses en même temps que rigoureusement vraies, et de s'appliquer à des os dont l'examen n'offre aucune difficulté pratique.

Peut-on reconnaître l'identité d'un nouveau-né dont il ne reste que des fragments décomposés ou mutilés, ou le placenta? — J'ai dit déjà que l'expert n'avait pas toujours sous les yeux le cadavre entier de l'enfant nouveau-né sur lequel il avait à rechercher les preuves d'un infanticide. Il

arrive fréquemment que, soit par suite de la décomposition putride, soit par le fait de mutilation ou de destruction opérées en vue de faire disparaître le corps du délit, il ne reste que des fragments dont l'examen ne permet pas de résoudre toutes les questions qui peuvent intéresser la justice. Mais, dans ce cas même, il est plus d'un enseignement relatif à l'identité que la science peut utilement retirer de cette investigation incomplète.

Les caractères qui ont à cet égard le plus de valeur sont ceux que l'on tire de l'examen du système osseux. Cependant la mensuration partielle de segments des membres (1), telle qu'elle a été pratiquée par M. Letourneau, pourrait fournir quelques renseignements sur la question de savoir si le fœtus mutilé était né à terme. Il résulte de ces recherches, auxquelles il ne manque que de porter sur de plus grands nombres, que, chez un nouveau-né à terme, la longueur moyenne du vertex au pubis est de 30 centimètres; du pubis à la tubérosité du condyle fémoral interne, 9,5; du condyle interne du fémur au bord inférieur et postérieur du calcanéum, 10,5; de l'apophyse acromion à l'épicondyle, 9; de l'épicondyle à l'apophyse styloïde du rachis, 7. Au-dessous de ces chiffres, il est à peu près certain que l'enfant est né avant terme.

Le même observateur a étendu ses patientes investigations au poids comparatif de chacun des viscères chez les nouveau-nés, et les résultats auxquels il est arrivé, bien que trop restreints pour être définitifs, méritent de trouver place ici, car ils pourraient certainement être mis à profit, au moins comme indications approximatives, dans le cas où sur un cadavre mutilé l'expert trouverait quelques-uns des viscères du nouveau-né.

(1) Letourneau. *Thèse citée*, p. 16.

Poids moyens des principaux viscères chez les nouveau-nés à terme.

	gr.
Poumon droit	33,0
Poumon gauche	28,5
Cœur	15,0
Thymus	8,5
Foie	91,5
Masse encéphalique	338,5
Rate	8,5
Rein	11,0

Ces diverses indications ne sont, il est vrai, relatives qu'à l'âge du nouveau-né; mais on sait que c'est là le plus important parmi les caractères d'identité. Ceux qui sont relatifs au sexe sont tout à fait secondaires ; et je n'hésite pas à dire que toutes les tentatives faites pour établir des différences au point de vue des dimensions de certaines parties du corps entre les enfants du sexe masculin et ceux du sexe féminin sont inconstantes et vaines. Je parle ici des plus sérieuses, de celles de Sœmmerring et du docteur Letourneau. Elles sont jugées par la prétention singulière d'un praticien qui, ayant à examiner une main trouvée sur la berge de la Seine, déclarait qu'elle provenait d'un enfant du sexe masculin. S'il est facile sur le squelette d'un adulte de retrouver l'indication positive du sexe, il n'en saurait être ainsi chez le nouveau-né. Cela n'est d'ailleurs, je le répète, d'aucun intérêt.

Il est plus important d'insister sur les indications que l'on peut tirer au point de vue de la détermination de l'identité du seul examen des os du fœtus. Et sur ce point, nous trouvons des observations ingénieuses et souvent pratiques d'Ollivier d'Angers (1). Il est constant en effet que certains os peuvent à eux seuls fournir une donnée précise touchant l'époque de son développement qu'a atteint un nouveau-né. Le point osseux épiphysaire du fémur, caractéristique

(1) Ollivier (d'Angers), *Deuxième mémoire sur l'infanticide. Des inductions qu'on peut tirer du seul examen des os du fœtus* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1re série, 1842, t. XXVII, p. 329).

du terme de la vie intra-utérine, peut être retrouvé dans toutes les circonstances sur un cadavre décomposé ou mutilé. Et il est facile d'en mesurer les dimensions et de déterminer ainsi non-seulement si l'enfant est à terme, mais encore s'il est mort un certain temps après sa naissance. On sait qu'à terme, le plus grand diamètre du point osseux mesure de 2 à 5 millimètres. Au-dessus de ce dernier chiffre, il y a lieu de penser qu'il appartient à un enfant qui n'est déjà plus un nouveau-né. Je reviendrai plus tard sur ce point.

Le maxillaire inférieur fournit aussi, par le cloisonnement de quatre alvéoles, un excellent signe qui permettrait à lui seul de déclarer un nouveau-né à terme. On peut ajouter que les germes des dents se solidifient et que les papilles dentaires des dents molaires ne se couronnent que dans les derniers temps de la grossesse, notion qui a été mise à profit avec beaucoup de bonheur par MM. Reynaud et Porral, médecins experts dans une affaire très-grave jugée en 1846 par la cour d'assises de la Haute-Loire, et où il s'agissait d'un triple infanticide et de recherches à faire sur les squelettes d'enfants nouveau-nés retrouvés après deux et quatre ans.

Je n'attache pas une grande importance aux données fournies par les dimensions des diverses autres parties du système osseux, os plats du crâne et notamment pariétaux ou os longs des membres. Je ne donne que pour mémoire les chiffres indiqués par Ollivier d'Angers (1) et par Günz (2).

Os pariétal diamètre diagonal.	76	centimètres.
Humérus	75	—
Cubitus	70	—
Radius	66	—
Fémur	87	—
Tibia	79	—
Péroné	77	—

Je considère comme de beaucoup plus de poids la com-

(1) Ollivier (d'Angers), *loc. cit.*, p. 336.
(2) Casper, *loc. cit.*, p. 489.

paraison directe des portions de squelette que l'expert a à examiner avec des fragments correspondants d'un enfant nouveau-né d'âge connu. Les moyennes sont toujours incertaines, et dans les cas où les ossements retrouvés ne sont même pas intacts, comme dans le cas de combustion, le seul moyen d'arriver sûrement à reconnaître s'ils appartiennent réellement à un fœtus humain et à un nouveau-né à terme, c'est de les rapprocher et de les comparer avec un squelette connu. Cette méthode est infiniment préférable à tous les tableaux péniblement dressés par les auteurs et à tous les efforts de mémoire.

Indices fournis par l'examen du placenta. — Il est d'autres indices utiles à recueillir et souvent fort importants pour la détermination du développement et de l'âge du nouveau-né. Ils sont fournis par cet organe transitoire, annexe du fœtus et expulsé comme lui et avec lui du sein de la femme, le placenta, dont l'examen peut aider à la solution de plusieurs questions médico-légales et ne doit jamais être négligé dans la recherche de l'infanticide. Alors même qu'il serait représenté seul à l'expert et en l'absence même du cadavre, il pourrait encore servir à plus d'un titre.

Le placenta est bien formé vers le troisième mois de la vie fœtale. Au terme de la grossesse, il présente un diamètre qui varie de 20 à 25 centimètres et pèse de 5 à 600 grammes. La longueur du cordon qui l'unit à l'enfant est à cette époque ordinairement égale à la longueur du corps de celui-ci; elle est de 45 à 55 centimètres. Négrier, dans des recherches intéressantes à plus d'un titre pour le médecin légiste (1), donne les chiffres suivants pour la longueur du cordon, mesuré dans 166 cas. Il en a trouvé au-dessous de 43 centimètres, 28; de 44 à 67, 112; au-dessous de 67, 24; plus

(1) Négrier, *Recherches médico-légales sur la longueur et la résistance du cordon ombilical au terme de la gestation* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1re série, t. XXV, p. 126).

d'un mètre, 2. Mais de plus il faut noter que les dimensions du placenta sont en général en rapport avec le développement du fœtus, et qu'un placenta très-volumineux suppose un enfant vigoureux. Au contraire, les altérations, les maladies, le défaut de développement du placenta, coïncident avec un développement faible ou incomplet du produit de la conception. Ces données trouveront dans plus d'un cas une utile application.

J'ai terminé ce qui se rapporte au premier ordre de recherches tendant à établir l'identité du nouveau-né. J'ai montré comment on devait entendre cette identité et quel intérêt elle offrait pour la démonstration scientifique de l'infanticide : j'ai donné les signes à l'aide desquels il devient facile de reconnaître si l'enfant nouveau-né est né à terme ou s'il est né avant terme, et à quelle époque de la vie intra-utérine. J'ai enfin poursuivi l'étude de ces signes sur les cadavres incomplets, décomposés ou mutilés, et sur le placenta qui forme une annexe du fœtus. Il nous est permis d'aborder maintenant le second ordre de questions et de rechercher si l'enfant est né vivant et a vécu.

CHAPITRE III

DES MOYENS DE RECONNAÎTRE QUE L'ENFANT EST NÉ VIVANT.

Si, en principe, pour constituer le crime d'infanticide, il faut avant tout établir que c'est bien sur un nouveau-né que le crime a été commis, en fait, la question capitale, celle qui domine toutes les autres dans l'expertise médico-légale, c'est celle de savoir si l'enfant est né vivant et s'il a vécu hors du sein de sa mère. Là est le véritable intérêt, là est aussi la principale difficulté de la recherche de l'infanticide. Et dans ce sujet si spécial, on peut dire que ce point est celui qui exige les investigations les plus particulières et les preuves les plus décisives. Je ne connais pas en médecine légale une étude plus délicate, mais je n'en sais pas non plus qui ait été plus compliquée par l'invention de méthodes et de procédés dont le moindre défaut était leur inutilité, et par des discussions sans fin qui ne pouvaient que jeter le trouble dans l'esprit et dans la conscience des médecins. La pratique n'a pas à s'embarrasser de ces obstacles; elle montre heureusement les choses sous un aspect plus simple et plus vrai. J'en prends à témoin tous ceux qui ont exercé la médecine légale et qui en peuvent parler par expérience. Et je ne résiste pas au désir de citer à ce sujet une belle page de Casper (1) : « La question des nouveau-nés en médecine légale a toujours été étudiée avec soin et depuis les temps les plus reculés. On trouve dans Galien que la couleur des poumons d'un nouveau-né peut faire décider la question de savoir si l'enfant a vécu. On pourrait peut-être conclure de cette antiquité que tout a été dit sur la question, et que des prin-

(1) Casper, *loc. cit.*, p. 468.

cipes indélébiles ont été établis ; il n'en est pas ainsi ; les savants en sont encore aux discussions ; et nous voyons encore ici ce que le praticien a vu et expérimenté sur la table de l'autopsie être nié et discrédité par les rêveries de l'homme de cabinet. C'est ainsi que les hommes de théorie qui n'ont jamais rien vu par leurs propres yeux ont semé des doutes, ou ce qui est pis, des assertions fausses sur les résultats des expériences des praticiens. Pour vaincre ces doutes et pour s'accrocher à quelque chose de certain, on a imaginé les méthodes les plus absurdes et les plus impraticables ; la soi-disant médecine exacte a voulu s'introduire et l'on a cherché rien moins que la preuve mathématique dans la docimasie pulmonaire, comme si la médecine et les mathématiques pourront jamais avoir un seul point de contact.

» Henke, un de ces théoriciens dangereux, qui n'a jamais pratiqué, et qui cependant a joui longtemps en Allemagne d'une grande autorité dans la science médico-légale, parle de la docimasie en des termes qui peuvent réellement désespérer un jeune médecin peu expérimenté ; il montre ce critérium comme très-imparfait et provoquant souvent des erreurs très-graves ; il montre alors la mère innocente condamnée aux peines les plus sévères, victime de la docimasie, tandis que la femme dénaturée, coupable d'un infanticide, reste impunie, toujours de par la docimasie ! De telles allégations, qui ne sont justifiées par aucun fait, méritent d'être réfutées. »

Ces principes sont trop complétement d'accord avec mon propre sentiment pour que je n'aie pas été heureux de les trouver exprimés avec tant de vivacité et de conviction par l'honorable professeur de Berlin, et pour que je ne m'efforce pas à mon tour d'en démontrer la justesse. Plus que jamais j'ai besoin de rappeler que je n'ai entrepris cette étude qu'en vue de la pratique, et que les faits que j'ai observés en

plus grand nombre qu'aucun autre auteur avant moi en forment l'unique base.

Il s'agit pour nous de rechercher en premier lieu si le nouveau-né que l'on suppose victime d'un infanticide est né vivant et a vécu hors du sein de sa mère ; et subsidiairement combien de temps il a vécu. Nous examinerons successivement les deux questions.

L'enfant est-il né vivant? — Deux ordres de signes peuvent fournir la solution de cette question ; les uns d'une manière directe et immédiate en établissant que le fœtus était déjà mort dans le sein de sa mère plus ou moins longtemps avant d'être expulsé et qu'il est mort-né ; les autres qui se déduisent des caractères mêmes de la vie, c'est-à-dire des traces matérielles qu'ont pu laisser sur le cadavre le jeu des organes et l'établissement des fonctions nécessaires au premier éveil comme à l'entretien de la vie extra-utérine.

Des caractères que présente l'enfant mort dans le sein de sa mère plus ou moins longtemps avant sa naissance. — Si l'expert acquiert par la seule inspection du cadavre la preuve certaine que l'enfant est né mort, toute autre recherche devient par cela seul superflue, il n'y a plus d'infanticide possible. Mais tous les enfants mort-nés ne portent pas avec eux les signes extérieurs propres à les faire reconnaître. Il faut pour cela que la mort ait précédé de quelques jours au moins la naissance, et que le fœtus ait séjourné plus ou moins longtemps dans le sein de sa mère. Dans ce cas le cadavre se présente dans un état facilement reconnaissable.

Il n'y a aucun compte à tenir, quoi qu'en aient dit quelques auteurs, des signes que pourrait fournir l'état de la mère touchant la mort du fruit qu'elle portait. C'est là une indication tout à fait défectueuse ; outre que la femme est souvent inconnue, elle ne peut être soumise à l'examen de

l'expert qu'après la délivrance, c'est-à-dire alors que les seuls indices sérieux que l'on eût pu recueillir font défaut. Il faudrait donc s'en tenir à cet égard aux déclarations intéressées de la mère et aux renseignements sans valeur qu'elle pourrait donner elle-même. L'expert ne doit pas hésiter à rejeter de la manière la plus complète ce genre d'informations et à se contenter, lorsque les circonstances le permettent, des signes que fournit l'état du cadavre soumis à son inspection.

Il n'est pas nécessaire dans cette appréciation des caractères que présente l'enfant mort-né de rechercher, comme il importerait de le faire dans le cas d'avortement, pendant combien de temps il a séjourné mort dans les eaux de l'amnios ; pour l'infanticide, il suffit de constater le fait. Or les effets de la macération du cadavre dans les eaux de l'amnios sont tout à fait caractéristiques. Bien étudiés par Orfila après Chaussier, ils ont été tout récemment l'objet de recherches intéressantes dans un mémoire que doit cette année même couronner l'Académie impériale de médecine et dont l'auteur est M. le docteur Sentez (de Bordeaux), et dans une thèse extrêmement remarquable de M. A. Lempereur(1).

Après quelques jours de macération, les tissus du fœtus sont infiltrés, la peau prend, en certains points, surtout à l'abdomen, aux parties sexuelles, une coloration d'un rouge brun, qui bientôt s'étend uniformément à tout le corps. Quelques phlyctènes violacées se montrent au ventre, sur les membres et au cou. La sérosité sanguinolente qui les remplit a transsudé également dans les cavités splanchniques. Cette imbibition devient générale, le cadavre est gonflé et a perdu sa consistance et sa forme, il s'affaisse sur lui-même, le ventre aplati et flasque se déjette en tous sens comme une vessie demi-pleine qu'on placerait sur une table. Les os du crâne

(1) Lempereur, *Des altérations que subit le fœtus après la mort dans le sein maternel*, thèse de Paris, 1867, n° 162.

sont mobiles les uns sur les autres, et la tête est tuméfiée et aplatie comme celle des noyés. L'épiderme s'enlève et l'infiltration séro-sanguinolente est générale. Le cordon ombilical est plus que doublé de volume. Les viscères sont ramollis et présentent à l'examen microscopique les granulations caractéristiques de la dégénérescence graisseuse. Plus tard les épiphyses se détachent du corps des os. Enfin il est à peine nécessaire, pour le sujet qui nous occupe, d'ajouter que si le fœtus a été, comme on le voit dans quelques cas rares, retenu pendant un temps très-long dans la cavité utérine, les tissus subissent une sorte de transformation et de dessiccation analogue à celle qui produit le gras des cadavres ou encore une sorte de momification. Parfois même le corps du fœtus desséché, aminci, prend tout à fait l'aspect d'un squelette.

Ces altérations sont celles que l'on rencontre lorsque les membranes qui enveloppent le fœtus n'ont pas été ouvertes, dans le cas contraire, sous l'influence de l'air qui a pénétré dans l'œuf, le fœtus subit une véritable décomposition qui ne diffère pas de la putréfaction ordinaire. Le cadavre, qui dans le cas de simple macération n'exhalait aucune odeur, prend une odeur franchement putride, et la coloration brun verdâtre caractéristique. Les gaz pénètrent et distendent tous les tissus, et la décomposition suit ses progrès ordinaires.

Il est bon de faire remarquer que dans les conditions habituelles de l'expertise médico-légale, on ne trouvera pas les caractères de la macération et de la putréfaction nettement isolés comme je viens de les décrire. L'examen du cadavre n'est fait qu'après qu'il est déjà sorti depuis un certain temps du sein maternel; et l'on trouvera le plus souvent combinés à des degrés divers les signes de la macération et ceux de la décomposition putride. L'œil d'un médecin exercé ne s'y trompera pas, et à moins que l'état de putré-

faction ne soit trop avancé, il sera toujours facile de constater la couleur rouge brun uniforme, l'infiltration générale, l'épanchement de sérosité sanguinolente, le ramollissement et la dégénérescence des viscères, qui sont les principaux caractères de la macération et qui permettent d'affirmer que le nouveau-né n'a pas vécu et était mort plusieurs jours avant de naître, seul point qui nous intéresse, en nous donnant une preuve négative directe pour la question de savoir si l'enfant est né vivant.

Des signes de vie tirés de l'établissement de la respiration. — Mais il est un ordre de signes plus importants encore à rechercher, et surtout plus constants, ce sont ceux qui permettent d'établir avec certitude et d'une manière positive que l'enfant a vécu.

Quelque court que soit l'intervalle qui sépare la naissance de l'enfant né vivant de celui où il périt victime d'un infanticide, la vie nouvelle qu'il aura traversée laisse son empreinte dans les organes, dans ceux surtout dont la fonction ne commence qu'avec la vie extra-utérine, c'est-à-dire dans les organes respiratoires.

Ceux-ci sont en effet les premiers qui s'éveillent au sein du nouveau milieu dans lequel le nouveau-né doit vivre, et le premier cri qu'il pousse est le signal de la première inspiration et en même temps de modifications profondes dans l'état des poumons où l'air a pénétré pour la première fois. C'est donc, on le comprend, un signe capital que celui que fournit à la médecine légale la comparaison des poumons avant et après l'établissement de la respiration, d'où ressort la preuve que l'enfant a ou n'a pas respiré.

Mais il faut dès l'abord se mettre en garde contre une erreur dont les conséquences seraient graves, et ne pas substituer, comme cela arrive souvent dans la langue des magistrats et même parmi les médecins, à la question de savoir si un enfant a vécu celle de savoir s'il a respiré. En

effet si un enfant qui a respiré a certainement vécu, la réciproque n'est pas toujours vraie et un enfant qui n'a pas respiré peut néanmoins être né vivant. Nous aurons donc à chercher des preuves de la vie autre part que dans l'établissement de la respiration. Mais en ce moment c'est cette fonction seulement dont nous interrogeons les traces dans les organes du nouveau-né.

Je ne m'arrêterai pas à un premier signe tiré de l'accroissement et de la voussure de la poitrine produits par la pénétration de l'air. Les livres contiennent à cet égard des tableaux où sont indiquées les dimensions du thorax avant et après l'établissement de la respiration. Je me garderai bien de les reproduire ; ce sont là des caractères sans valeur, car ils sont essentiellement relatifs ; et s'il est constant que les dimensions de la poitrine augmentent chez l'enfant qui a respiré, il faudrait pouvoir prendre les mesures chez le même enfant avant et après l'entrée de l'air dans sa poitrine. Tout autre méthode de mensuration, fondée sur des moyennes nécessairement très-variables, ne conduirait qu'à des résultats erronés ou insignifiants. Casper a pris la peine de le démontrer par l'observation directe de plus de deux cents cas, et si j'insiste moi-même sur l'absence de valeur de ce signe, c'est que j'ai vu souvent des médecins se prononcer d'après la seule inspection et la percussion de la poitrine, sur la question de savoir si un enfant était né vivant, ce que l'on ne doit jamais décider qu'après l'autopsie et l'examen complet des organes intérieurs.

Je me hâte d'arriver à l'examen des poumons et aux différences essentielles qu'ils présentent suivant qu'ils ont été ou non pénétrés par l'air. Ces différences portent sur la situation, l'apparence extérieure, la structure, le poids et le volume.

Lorsque l'on ouvre la poitrine d'un enfant nouveau-né qui n'a pas respiré, les poumons, profondément enfoncés

dans la cavité thoracique, sont confinés dans la gouttière costo-vertébrale, de telle sorte qu'ils sont masqués presque complétement par le thymus et le cœur. Si au contraire l'enfant a respiré, les poumons dilatés remplissent la poitrine et s'étalent à l'ouverture du thorax, recouvrant en grande partie le cœur et le thymus. Les différences d'aspect extérieur sont également tranchées. Les poumons qui n'ont pas respiré, ou, comme on dit, à l'état fœtal, présentent une surface lisse où l'on reconnaît à peine les lignes celluleuses qui séparent les lobules pulmonaires, mais sans apparence de vésicules distinctes, de couleur variable, quelquefois pâle et d'un blanc blafard à peine teinté de rose, mais beaucoup plus souvent d'un rouge lie de vin, rappelant la teinte de la rate, mais dans tous les cas d'une coloration uniforme dans toute leur étendue (*Planche* I, fig. 3 et 4). Lorsqu'ils ont été distendus par l'air, ils ont un tout autre aspect. Leur couleur est généralement d'un rose vif, quelquefois rouge et plus ou moins foncée, mais la teinte n'est jamais égale et est d'ordinaire nuancée et comme marbrée. La surface est manifestement lobulée et partagée en petites cellules polygonales dilatées par l'air et visibles même à l'œil nu (*Planche* I, fig. 1 et 2).

La structure des poumons subit par le fait de la respiration des modifications profondes. A l'état fœtal, ils forment une masse spongieuse d'un tissu compacte à peine réticulé ; après avoir respiré, ils sont dilatés et la structure vésiculeuse apparaît dans tout son jour. Une simple incision pratiquée dans l'épaisseur du poumon permet d'apprécier ces différences. Si l'on comprime un fragment d'un poumon ayant respiré, il s'écoule une espèce d'écume provenant des dernières ramifications des bronches, et l'on sent manifestement une petite résistance et une sorte de froissement dû à l'issue de l'air mélangé à des matières liquides. C'est là le phénomène que l'on a désigné abusivement sous

le nom de *crépitation*, mais qui, dans tous les cas, est très-caractéristique et ne se produit jamais lorsque l'on presse une portion de poumons encore à l'état fœtal. En résumé, le poumon qui n'a pas respiré forme une masse homogène d'une teinte uniforme, spongieuse, mais non visiblement aréolaire ; le poumon qui a respiré est au contraire de couleur variable et comme marbré, lobulé et vésiculeux, et légèrement crépitant sous le doigt.

Le poids des poumons augmente considérablement après que la respiration s'est établie, sous la double influence de l'afflux du sang et de l'accès de l'air. C'est ce fait que Ploucquet a pris pour base d'une méthode à laquelle son nom est resté attaché, et qui avait pour objet de prouver que le nouveau-né avait vécu par le rapport qui existe entre le poids des poumons et le poids total du corps suivant que l'enfant a ou n'a pas respiré. La méthode est doublement erronée en principe et en fait, et ne doit plus arrêter l'expert, ni trouver place dans la pratique. Les chiffres déduits par Ploucquet (1) de trois observations seulement, et par cela même tout à fait insuffisants, lui ont donné pour résultat une augmentation du double dans le poids du poumon par le fait de la respiration ; et le rapport avec le poids total du corps qui était pour le poumon n'ayant pas respiré dans la proportion de 1 : 70, s'élevait, pour le poumon ayant respiré, au double, 1 : 35. Casper (2) a fait justice de cette fausse doctrine et a dressé, en réunissant à ses propres observations celles de plusieurs auteurs, le tableau suivant que je crois utile de reproduire.

Un seul coup d'œil jeté sur ce tableau ne permet pas de douter que toute conclusion fondée sur le rapport du poids des poumons avec le poids total du corps serait

(1) Ploucquet, *Commentarius medicus in processus criminales super homicidium, infanticidium*, etc., 1736.

(2) Casper, *loc cit.*, p. 514.

téméraire. En effet, en laissant de côté les maxima et les minima qui iraient jusqu'à renverser la proportion et à donner l'avantage aux poumons d'enfants mort-nés, et en prenant seulement les moyennes qui donnent le rapport de 1 : 60 pour les poumons qui n'ont pas respiré et 1 : 53 pour ceux qui ont respiré, on comprend qu'une si faible différence, très-éloignée de celle qu'avait admise Ploucquet, ne laisse rien subsister de la loi qu'avait posée celui-ci, et doit être absolument laissée de côté dans l'expertise médico-légale. Ce qui subsiste, c'est le fait de l'augmentation du poids du poumon sous l'influence de l'acte respiratoire.

AUTEURS.	ENFANTS MORT-NÉS.			ENFANTS NÉS VIVANTS.		
	Moyenne.	Maxima.	Minima.	Moyenne.	Maxima.	Minima.
Schmidt.....	1:52	1:15	1:83			
Devergie.....	1:60	1:24	1:94	1:45	1:30	1:132
Elsaesser.....	1:67	1:44	1:96	1:55	1:35	1:109
Samson-Himmelstiern...	....	....	....	....	1:27	1: 67
Casper.....	1:61	1:37	1:96	1:59	1:32	1: 99
Moyennes générales..	1:60	1:30	1:92	1:53	1:31	1:100

Je ne parlerai pas de recherches tentées dans le même sens par quelques auteurs, qu'il est inutile de citer, sur le poids d'autres organes, tel que le cœur comparé après et avant la respiration, et qui sont sans valeur scientifique et sans utilité pratique.

L'épreuve décisive pour déterminer à la fois le fait de la respiration et de la vie chez un nouveau-né est celle qui est fondée sur l'augmentation de volume que présentent les poumons qui ont respiré et sur la légèreté spécifique qu'ils ont acquise. Elle est fort ancienne ; et, sans la faire

remonter à Galien qui en a cependant posé le principe dans son livre *De usu partium*, elle a été explicitement formulée et introduite dans la médecine légale, il y a deux siècles, par T. Bartholin en 1663, et par Schreger en 1682. C'est là, à vrai dire, la seule qui mérite le nom de *docimasie pulmonaire*, par lequel on désigne l'ensemble des constatations dont les poumons des nouveau-nés sont l'objet, et qu'il convient de réserver à la docimasie dite hydrostatique, qui consiste à éprouver la densité des poumons en les plongeant dans un vase rempli d'eau à la surface de laquelle ils surnagent s'ils ont respiré ou dont ils gagneront le fond s'ils sont encore à l'état fœtal.

Ce simple énoncé, qui résume le principe et l'objet de la docimasie pulmonaire hydrostatique, est loin de suffire. Par cela même qu'elle fournit à la médecine légale un signe excellent, et à la démonstration de l'infanticide un ensemble de preuves d'une valeur incontestable, il importe que la méthode soit étudiée et appliquée avec le plus grand soin, que ses résultats soient à l'abri de toute chance d'erreur, et que la signification n'en soit ni exagérée ni amoindrie.

Examinons d'abord les faits, et après avoir dit en quoi consiste l'épreuve docimasique, voyons comment on doit la pratiquer et comment se comportent les poumons qui y sont soumis.

Ici plus qu'en toute autre occasion, je m'élèverai contre les complications inutiles que quelques auteurs ont voulu introduire dans cette opération; sans parler des appareils et instruments spéciaux exigés par Bernt, l'un veut fixer les dimensions du vase dont on se servira, 35 centimètres de profondeur sur 25 de largeur; un autre impose l'obligation de n'opérer qu'avec de l'eau à une température déterminée, ou de faire une contre-épreuve avec de l'eau chaude. Mais ce sont là des précautions tout à fait oiseuses;

il ne s'agit pas d'une expérience délicate dans laquelle on doive tenir compte de différences à peine sensibles. Il faut au contraire des résultats très-gros, très-tranchés, obtenus aisément et sans finesse. Je borne donc les préceptes à suivre, dans l'opération de la docimasie, à quelques recommandations fort simples inspirées uniquement par les exigences de la pratique.

L'expert doit se procurer un vase plein d'eau, assez large et assez profond pour que les organes que l'on doit y plonger puissent s'y mouvoir librement sans en toucher les parois et sans être attirés par elles. Un seau ordinaire est parfaitement approprié à l'expérience et c'est là, considération qui n'est pas à négliger, un ustensile que l'on est assuré de rencontrer partout, même dans les campagnes où le médecin légiste, dénué de toute ressource, a quelquefois tant de peine à opérer dans des conditions convenables. Le vase sera rempli d'eau à la température ordinaire.

La poitrine étant ouverte, il faut saisir avec les pinces l'extrémité supérieure du larynx et de l'œsophage, les trancher d'un seul coup, et pendant que la main qui tient la pince soulève et tire en avant, raser la colonne vertébrale avec le scalpel en détruisant toutes les attaches jusqu'à ce qu'arrivé au diaphragme, on ramène l'instrument horizontalement d'arrière en avant et l'on détache ainsi d'un seul coup toute la masse des viscères contenus dans la cavité thoracique. Sans lâcher la pince qui les tient, on les porte immédiatement et tous ensemble dans le vase plein d'eau et on les y abandonne à eux-mêmes. Je m'abstiens de prescrire la ligature préalable de la trachée et des vaisseaux, qui me paraît n'avoir aucune importance réelle et qui augmente sans aucun profit les difficultés et la longueur de l'opération, surtout lorsque l'expert procède seul et sans aide, ce qui est le plus ordinaire. La petite quantité de sang qui s'écoule ne fait pas varier notablement le rapport du

poids au volume des poumons et n'altère en aucune façon les résultats de l'épreuve hydrostatique. La perte produite par suite de l'écoulement du sang est largement compensée par la présence du thymus et du cœur dont le poids très-supérieur ne l'emporte pas cependant sur le volume des poumons dilatés par l'air. L'opération, telle que je viens de la décrire, a l'avantage d'être fort simple, de pouvoir être toujours et partout pratiquée de la même manière et de donner ainsi à l'expert des résultats toujours comparables.

Les organes thoraciques enlevés, d'un seul trait, sont donc plongés tous ensemble dans un vase rempli d'eau. De deux choses l'une, ou la masse va surnager ou elle va gagner le fond et rester submergée. Quelle sera la signification du phénomène dans l'un et l'autre cas?

Je m'occupe d'abord de la surnatation. Elle peut être lente ou rapide, complète ou incomplète. Il arrive en effet que la masse des organes plongés dans l'eau ne remonte que peu à peu à la surface et se maintient entre deux eaux. Mais le plus souvent, à peine a-t-elle été plongée qu'elle revient sans avoir touché le fond et reste tout à fait à fleur d'eau. La surnatation est ici très-franche et très-tranchée. Au point de vue purement physique, ce fait n'indique qu'une chose, c'est que la masse des organes thoraciques a un volume supérieur à son poids et surnage en vertu de la légèreté spécifique qu'elle doit à la présence d'un gaz qui la distend en partie et augmente son volume sans augmenter notablement son poids. Rien de plus; et conclure d'emblée que la masse surnage parce que les poumons ont respiré serait s'exposer à une grossière erreur.

Il y a eu pénétration de gaz dans les organes intra-thoraciques; mais trois circonstances se présentent dans lesquelles cette pénétration a pu s'opérer chez le nouveau-né : la respiration naturelle qui introduit l'air dans les conduits

aériens et sous l'influence de laquelle les poumons se dilatent ; la putréfaction, qui donne lieu au développement de gaz putrides répandus dans la trame des divers organes, le cœur et le thymus aussi bien que les poumons ; et enfin l'insufflation, procédé à l'aide duquel l'air est artificiellement introduit dans les voies aériennes de l'enfant né en état de mort apparente à l'effet de le rappeler à la vie. Ce sont là autant de conditions d'où résulte la présence de fluides aériformes dans les viscères extraits de la poitrine et qui peuvent les faire surnager lorsqu'on les plonge dans l'eau. Quelques auteurs allemands ont admis comme pouvant produire le même effet le cas pathologique d'un prétendu emphysème pulmonaire spontané des nouveau-nés. J'ai vainement cherché sur quelle observation sérieuse pouvait être fondée une pareille hypothèse, et je me crois en droit de la repousser absolument, comme le fait Casper avec non moins d'énergie ; il y a là sans doute erreur de fait ou confusion. Avant de déclarer si les poumons qui surnagent ont respiré, il faut donc de toute nécessité acquérir la certitude qu'ils n'ont été ni pénétrés par des gaz putrides, ni insufflés artificiellement.

En ce qui touche la putréfaction, il est un premier fait important à poser, c'est qu'elle ne s'étend que très-tardivement aux poumons, et cela particulièrement chez le nouveau-né. Tous les autres organes peuvent être en voie de décomposition et être même le siége d'un développement considérable de gaz putrides avant que les poumons en présentent la moindre trace. Les cas, d'ailleurs en très-petit nombre, que rapporte Casper (1) comme des exemples exceptionnels de putréfaction précoce, n'ont nullement pour moi ce caractère. Il s'agit en effet simplement de la rupture de quelques vésicules pulmonaires à la surface des

(1) Casper, *loc. cit.*, p. 43.

poumons, due très-probablement au genre de mort auquel avait succombé les nouveau-nés qui font le sujet des quatre observations du professeur de Berlin. Il est en réalité très-fréquent de retirer de cadavres d'enfants nouveau-nés, dans un état de décomposition déjà avancée, des poumons parfaitement intacts et sur lesquels les résultats de l'épreuve docimasique n'étaient nullement troublés par la présence des gaz putrides.

Cependant il arrive un moment où les poumons eux-mêmes sont envahis par la putréfaction. Mais ils se présentent alors avec des caractères tellement tranchés qu'il est impossible de s'y tromper. Ils ont perdu leur forme régulière, et leur surface est comme mamelonnée par suite du développement d'ampoules plus ou moins volumineuses, qui leur donne l'apparence des bulles multiples que l'on forme en soufflant à l'aide d'un tube à travers de l'eau de savon. A l'intérieur, le tissu pulmonaire est ramolli, de couleur mélangée de rouge, de gris et de vert; il a conservé encore quelque élasticité, mais a perdu notablement de sa consistance. C'est là le degré le plus avancé de la décomposition; mais elle n'est pas toujours arrivée à ce point. Le poumon peut avoir conservé à peu près sa forme et présenter seulement à sa surface de petites bulles disséminées en plus ou moins grand nombre dans le tissu cellulaire interlobulaire, et de volume variable suivant les points où les gaz se sont répandus. Il existe là un véritable emphysème putride. Il faut alors percer chacune des petites poches, diviser le poumon en petits fragments, et par une pression douce faite sous l'eau, donner issue aux gaz putrides qui s'échappent et viennent se dégager à la surface de l'eau en une foule de bulles qui exhalent une odeur fétide caractéristique. Cette petite opération, continuée pendant quelque temps avec patience et précaution, arrive à débarrasser le poumon de tous les gaz produits par la

putréfaction et le restitue dans son état primitif à l'épreuve docimasique. S'il surnage alors, c'est qu'il avait été pénétré par l'air avant de se pourrir, c'est qu'il avait respiré.

Il peut se faire que la surnatation de la masse des organes thoraciques soit due non plus à la légèreté spécifique des poumons, mais à celle du cœur et du thymus. Il n'est pas rare, en effet, lorsque la putréfaction est très-avancée, de voir le cœur transformé en une sorte de vessie remplie de gaz putrides, et le thymus lui-même complétement ramolli et pénétré par des produits de la décomposition. Il importe alors, comme on doit au reste le faire dans tous les cas, après avoir soumis à la docimasie les organes réunis, de séparer les poumons et de les éprouver isolément. Toute cause d'erreur disparaît alors et l'on ne peut plus attribuer la surnatation à la formation des gaz putrides.

J'ai dit qu'il fallait comprimer doucement sous l'eau les fragments de poumons que l'on a divisés pour en faire sortir ces gaz. Cette recommandation est très-importante, car le tissu pulmonaire, altéré par la putréfaction, peut se dissocier, se laisser écraser sous les doigts; et si la pression est trop forte ou faite sans ménagement, le poumon se réduit en une sorte de bouillie plus dense que l'eau, qui gagne le fond du vase et dans laquelle il n'est plus possible de retrouver ni la trame de l'organe, ni l'air qui y aurait été introduit par la respiration naturelle. Celui-ci en effet, qui a pénétré jusque dans les vésicules des poumons, au contraire de ce que l'on observe pour les gaz putrides, n'en saurait être chassé par la seule pression tant que la trame organique elle-même n'est pas complétement désagrégée.

L'insufflation artificielle, comme la respiration naturelle, peut introduire l'air jusque dans les dernières ramifications des canaux aériens, et faire que des poumons qui n'ont pas

respiré se comportent à l'épreuve de la docimasie comme ceux qui ont respiré. Mais il ne faut pas s'exagérer cette objection et, pour peu que l'on réfléchisse, on sera bien vite convaincu que dans le cas de suspicion d'infanticide, l'expert a bien peu chance, si tant est que cela puisse arriver jamais, de rencontrer des poumons insufflés. Il est en effet bien difficile de concilier la pratique de l'insufflation, essentiellement conservatrice, avec le soupçon d'infanticide. De plus, cette opération suppose l'assistance et l'intervention d'une personne étrangère, très-probablement d'un homme de l'art qui s'est efforcé de ranimer l'enfant né dans un état de mort apparente, tandis que dans l'immense majorité des cas l'infanticide suppose un accouchement clandestin. Je ne veux pas dire que le crime ne pourra jamais être commis sur un nouveau-né dont les poumons auront été insufflés, mais dans ce cas ce ne serait qu'après que l'insufflation aurait réussi à réveiller les sens et à provoquer l'établissement de la respiration naturelle. Je ne m'arrête pas à l'hypothèse tout à fait gratuite d'un infanticide simulé à l'aide de l'insufflation.

Il faut néanmoins que l'expert soit capable de reconnaître les poumons insufflés, ne fût-ce que pour éloigner par cette constatation toute idée d'infanticide.

Les poumons insufflés ressemblent quelquefois, au premier abord, aux poumons qui ont respiré. Mais la similitude est loin d'être constante. Ils sont ordinairement d'une couleur rosée uniforme sans marbrure; l'introduction artificielle de l'air ne provoque pas, comme la respiration naturelle, l'afflux du sang, et les bronches et la trachée ne contiennent qu'une petite quantité de mucus spumeux. Si l'on coupe les poumons et que l'on comprime sous l'eau les fragments, on n'en fait sortir que de l'air, mais pas de sang. M. le professeur Depaul qui a plus que personne contribué à répandre le bienfait de l'insufflation, et qui en a dès

longtemps bien étudié les effets (1), a vu que rarement elle était complète. Il en résulte que les poumons ne sont pénétrés par l'air que d'une manière inégale. Ils présentent alors de petites plaques irrégulièrement disséminées, les unes rosées, les autres de la couleur du foie. De plus, il arrive presque toujours que dans l'insufflation, l'air poussé trop fort déchire quelques-unes des vésicules pulmonaires et détermine ainsi un certain degré d'emphysème. Enfin, très-souvent, lorsque l'insufflation est pratiquée de bouche à bouche, ou qu'à défaut du tube laryngé spécial, la sonde, à l'aide de laquelle on opère, est introduite non par les fosses nasales, mais simplement dans l'arrière-gorge, l'air pénètre non-seulement dans les voies aériennes, mais encore dans le canal digestif; il en résulte que l'on trouve l'estomac et les intestins insufflés eux-mêmes, distendus et plein d'air.

Il me reste à parler d'une circonstance rare, sans doute, et non encore signalée, mais qui peut influer sur la densité des poumons et produire la surnatation, même en l'absence de toute respiration naturelle ; je veux parler de la congélation. Je dois à M. le docteur Herbet d'Amiens la connaissance d'un fait de ce genre extrêmement curieux que je citerai dans tous ses détails. Au mois de décembre 1863, notre distingué confrère avait été appelé à pratiquer l'autopsie du cadavre d'un enfant nouveau-né à terme, retiré de la Somme. Il gelait depuis quelque temps et le froid était encore très-vif. Le cadavre, renfermé dans un cercueil, avait été conservé pendant une nuit dans la salle de la maison commune. Le cadavre en partie revêtu d'une couche de glace, était entièrement gelé. Je ne reproduis pas les précautions prises et les constatations faites avec beaucoup de soin par l'habile expert, j'arrive à la description des organes

(1) Depaul, *Mémoire sur l'insufflation de l'air dans les voies aériennes chez les enfants qui naissent dans un état de mort apparente.* Paris, 1845.

thoraciques. A l'ouverture de la poitrine, on découvre seulement le poumon droit d'un rouge vineux; le poumon gauche est presque entièrement caché derrière le péricarde. Le péricarde contient une assez grande quantité de petits morceaux de glace rougeâtre. La masse des organes thoraciques détachés tous ensemble pèse 80 grammes environ. Plongée dans un baquet d'eau chaude, dont la température était assez élevée pour qu'il fût difficile d'y tenir les mains, elle surnage, le cœur se trouvant à la partie supérieure et sortant même un peu hors de l'eau. La surnatation a lieu de la même manière dans un vase plein d'eau froide. Le cœur examiné à part était plein de sang congelé plus abondant dans les cavités droites que dans les cavités gauches. Plongés de nouveau dans l'eau chaude, sans le cœur, les deux poumons et le thymus surnagent encore, mais moins complétement; ils restent entre deux eaux; débarrassés du thymus, les deux poumons jetés successivement dans l'eau chaude et dans l'eau froide, ne surnagent plus et gagnent lentement le fond du vase. Séparés l'un de l'autre, le poumon gauche reste submergé, mais le droit surnage encore et vient affleurer la surface du liquide. Les poumons ne sont pas crépitants, ni emphysémateux; ils n'offrent point de traces de putréfaction, mais contiennent dans leur épaisseur de petits glaçons qui s'écrasent entre les doigts. Ce n'est qu'après avoir séjourné quelque temps, cinq à six minutes, dans l'eau chaude, que le poumon droit cesse de surnager et finit par s'enfoncer à son tour. Coupés en morceaux et pressés sous l'eau, les poumons ne laissent échapper aucune bulle de gaz et les fragments tombent rapidement au fond. Il existait quelques petits glaçons rosés dans la trachée.

Cet exemple si bien observé et si probant ne peut laisser de doute sur le trouble que la congélation apporterait dans les données docimasiques, et sur la nécessité d'imiter la con-

duite si habile et si pratique de M. le docteur Herbet, en soumettant les poumons gelés à l'action suffisamment prolongée de l'eau chaude, et surtout en examinant isolément les différents organes thoraciques. Il est évident, en effet, que dans le cas qui précède, les poumons n'ont été ramenés à leur état primitif, et la docimasie n'a conduit à des résultats vrais que lorsque les poumons ont été détachés du cœur et du thymus, et débarrassés des nombreux glaçons qui, plus légers que l'eau, les faisait surnager accidentellement, quoiqu'ils n'eussent pas été pénétrés par l'air et appartinssent à un enfant qui n'avait pas respiré.

J'appelle en terminant l'attention sur un cas moins important sans doute, mais qui peut se présenter plus fréquemment et troubler quelquefois l'expertise docimasique; c'est celui où les poumons d'un nouveau-né, avant d'être soumis à l'examen du médecin, auraient séjourné plus ou moins longtemps dans l'alcool. Imprégnés de ce liquide plus léger que l'eau, ils peuvent surnager au moins pendant un certain temps. C'est ainsi que s'est expliquée pour moi la contradiction apparente observée dans les résultats de la docimaise pulmonaire hydrostatique dans un cas qui mérite d'être cité. Un premier expert avait conclu au premier moment que la respiration n'avait pas eu lieu; et cinq jours plus tard, après que les poumons avaient été renfermés dans un bocal rempli d'eau-de-vie, M. le docteur Lacaze (de Château-Thierry), qui me faisait l'honneur de me soumettre le cas, voyait les mêmes organes surnager d'abord, et ne gagner le fond du vase que lentement, et après avoir été comprimés sous l'eau.

En résumé, la conclusion médico-légale à tirer du fait de la surnatation des organes extraits de la poitrine du nouveau-né est celle-ci: lorsque les poumons surnagent, soit en masse, soit isolément, entiers ou divisés, et qu'ils ne sont ni pourris, ni insufflés artificiellement, ni congelés, ni

macérés dans l'esprit-de-vin, il est permis d'affirmer que l'enfant a respiré et que, par conséquent, il a vécu.

Cette conclusion, je ne crains pas de le dire, est formelle et prévaudra contre toutes les objections. Je pourrais me dispenser d'examiner celles qu'on a tenté de lui opposer et me borner à rappeler les réflexions pleines de sens que j'ai empruntées à Casper sur l'inanité de ces théories subtiles, qui ne résistent pas un seul instant au contrôle de la pratique, et qui ne s'arrêtent même pas à l'absurde, puisque suivant l'un de leurs auteurs, un fœtus peut avoir respiré et n'avoir pas vécu.

Je ne m'arrêterai qu'à une difficulté plus apparente que réelle, que l'on a singulièrement exagérée en disant qu'un enfant peut respirer avant de naître ou pendant le travail. Mais qu'y a-t-il au fond dans ce fait? Si l'on a voulu dire qu'un enfant sortant du sein de sa mère, ayant déjà la tête hors de la vulve et par conséquent en train de naître pouvait déjà respirer, il n'y a là rien que de très-simple, car dès ce moment l'enfant est né, et si l'on venait à lui couper le cou avant que le reste du corps fût sorti, le crime d'infanticide serait manifestement consommé et l'expert constaterait facilement et le fait de la respiration et la trace des violences criminelles.

Mais avant que la tête soit complétement sortie, et même lorsque l'enfant est encore contenu dans la cavité utérine, il est généralement admis aujourd'hui que dans quelques cas exceptionnels, des vagissements ont pu se produire et que par conséquent il y a eu respiration intra-utérine? Le fait n'a aucun intérêt au point de vue de la recherche médico-légale de l'infanticide. Il est en effet à remarquer en premier lieu que dans les observations en petit nombre de vagissement utérin qui méritent confiance, des circonstances identiques se sont toujours rencontrées. Le travail s'est prolongé longtemps, il était sur le point de se terminer, l'ac-

coucheur a introduit la main dans les parties profondes de la femme et a pu les écarter assez pour que l'air pénètre librement dans la cavité du vagin et même dans la matrice; ajoutez à ces conditions obstétricales celle plus rare encore que l'enfant ait résisté à un travail démesurément long sans tomber dans un état de mort apparente. C'est alors que le vagissement utérin a pu se produire, et l'on reconnaîtra qu'il a fallu un concours de circonstances très-exceptionnel et dans tous les cas absolument incompatible avec la clandestinité et la facilité ordinaire de l'accouchement suivi d'infanticide.

Mais ce n'est pas tout : cette respiration intra-utérine, bien qu'accompagnée de vagissements, est toujours et nécessairement fort incomplète, à ce point que les poumons en conservent à peine la trace et demeurent à l'état fœtal, ou ne sont que très-partiellement pénétrés par l'air ; ils rentrent dans la catégorie de ceux qui ne surnagent pas et dont nous donnerons bientôt les caractères en examinant les résultats négatifs de l'épreuve docimasique.

J'en dirai autant des cas où l'enfant succombe pendant le travail et par suite des difficultés de l'accouchement et où l'on a supposé la possibilité de violences apparentes et la respiration en partie accomplie. Je ne sais pas bien à quels faits s'applique en réalité cette hypothèse. Mais là encore, je déclare sans hésiter que l'expert sera à l'abri de toute erreur s'il sait, comme j'espère le lui enseigner, ne pas confondre les traces d'un accouchement laborieux et celles des opérations obstétricales avec des violences criminelles, et s'il est bien pénétré des caractères que doivent offrir les poumons qui ont franchement et complétement respiré, les seuls qui permettent d'affirmer qu'un enfant a vécu.

Je n'adopte en effet à aucun degré les idées récemment émises en Allemagne, et dont M. le docteur Senator, de

Berlin s'est fait le promoteur (1). Je n'admets pas que le médecin légiste, dans les affaires d'infanticide, « ne doive » pas parler d'enfant mort-né », et doive surtout se préoccuper de dire si un enfant est mort avant, pendant ou après l'accouchement, ce qui conduit à imaginer cette dangereuse et fausse doctrine de l'infanticide commis avant la naissance.

J'espère qu'il ne reste rien des obscurités et des doutes qui, pour certains auteurs entourent les résultats positifs de la docimasie. Il nous reste à en appréeier les résultats négatifs.

Au lieu de surnager, la masse des organes thoraciques, plongée dans un vase rempli d'eau, peut en gagner le fond et rester submergée. Les poumons séparés du thymus et du cœur, coupés par fragments et comprimés sous l'eau, s'enfoncent également et ne reviennent plus à la surface. Il y a dans ce fait la preuve physique que le poids spécifique de ces organes est supérieur à celui de l'eau, et qu'ils se trouvent dans la condition inverse à celle dans laquelle on les a vus surnager, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas été pénétrés par l'air. Ce résultat négatif de la docimasie est en rapport avec l'une des trois conditions anatomiques suivantes : la persistance de l'état fœtal des poumons, l'augmentation de la densité du tissu pulmonaire par une altération pathologique, la désorganisation de l'organe par le progrès de la putréfaction ou par toute autre cause.

Sur ce dernier point, j'ai indiqué déjà que la décomposition, parvenue à son plus haut degré, amène le ramollissement du tissu du poumon, en fait disparaître la structure aréolaire, et en même temps les gaz qu'il contenait, l'air même introduit par la respiration, et le réduit à une sorte

(1) Senator, *Sur la mort de l'enfant pendant l'accouchement* (*Vierteljahrsschr. für gerichtl. und öffentl. Medicin*, nouv. série, t. IV, n° I, et *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 2e série, 1867, t. XXVIII, p. 217).

de magma diffluent, plus dense que l'eau, et qui se précipite au fond du vase où il est plongé. Mais pour que ce phénomène se produise spontanément, il faut que la putréfaction soit extrêmement avancée et remonte à plusieurs semaines, à plusieurs mois même, et dans ce cas toute constatation médico-légale utile concernant la question de savoir si un enfant nouveau-né a vécu est devenue à peu près impossible.

Il est d'autres circonstances exceptionnelles dans lesquelles le poumon, primitivement pénétré par l'air, peut être ramené à une densité plus considérable et perdre la propriété de surnager, telle est la coction : Je citerai des cas dans lesquels des cadavres de nouveau-nés ont été mis à bouillir dans des marmites. A l'occasion d'un fait de ce genre, M. le docteur Thoinnet, d'Ancenis, a eu l'idée de comparer avec les poumons du fœtus ceux d'un veau qui avait vécu plusieurs jours et dont les poumons, soumis à l'ébullition dans l'eau, avaient perdu le pouvoir de surnager.

Le cas de maladie du poumon chez le nouveau-né n'est pas assez fréquent pour apporter un grand trouble dans les données de la docimasie. Il est de fait cependant que l'on peut rencontrer, même au moment de la naissance, différentes formes de pneumonie ou de congestion qui déterminent l'hépatisation ou la splénisation, et ce que l'on a appelé l'atélectasie, et dans tous les cas augmentent la densité des poumons de manière à les maintenir submergés dans l'épreuve docimasique. Les productions morbides caractéristiques de la syphilis congénitale que l'on rencontre, mais rarement encore dans les poumons, amènent le même résultat. Mais dans ces derniers cas, il est nécessaire de procéder avec le plus grand soin à l'examen des organes malades.

Ils diffèrent des poumons qui sont réellement à l'état fœtal par leur volume beaucoup plus considérable, par l'inégalité de leur surface et le défaut d'uniformité de leur colo-

ration, par la grande quantité de sang et d'écume sanguinolente qui s'en échappe lorsqu'on les incise. Enfin ils ne sont presque jamais envahis dans leur totalité. Et si on a la précaution de les diviser en nombreux fragments, pour peu que l'enfant soit né vivant et qu'il ait respiré, on trouvera des parties de poumon qui surnageront, tandis que les fragments altérés gagneront le fond du vase. Il y aura là un de ces cas de surnatation incomplète et d'immersion partielle qui ne sauraient avoir de signification absolue, et qui, dans chaque cas particulier et suivant les circonstances, doivent être appréciés par l'expert.

En dehors des deux catégories de faits qui viennent d'être indiqués, à savoir la désorganisation des poumons putréfiés ou cuits et l'hépatisation ou l'induration des poumons malades, la submersion complète de la masse des organes thoraciques est l'indice certain du défaut de pénétration de l'air dans les poumons. Mais loin que la conclusion médico-légale se déduise ici nettement du fait physique, de même que l'on pouvait affirmer d'après la surnatation le fait de la respiration et de la vie, on ne peut pour les poumons qui ne surnagent pas nier qu'ils aient appartenu à des enfants nés vivants, on ne peut même nier absolument qu'ils aient respiré d'une certaine façon.

Le nouveau-né peut en effet venir au monde dans un état de mort apparente pendant lequel, bien que vivant, il ne respire pas. Pour cet enfant il faut chercher la preuve de la vie autre part que dans les traces de la fonction respiratoire, c'est ce que nous ferons bientôt. Mais il est encore d'autres cas dans lesquels l'enfant né vivant ne respire pas ou respire trop faiblement pour que l'air pénètre ses poumons, soit par suite de naissance avant terme, de débilité extrême, ou d'atteinte profonde portée aux forces vitales par la longueur du travail dans l'accouchement, ou enfin par quelque vice de conformation. Chez ces enfants les pou-

mons sont restés à l'état fœtal et ne surnagent pas. Il importe de s'arrêter un instant sur ces faits singuliers que le médecin légiste a besoin de connaître, bien qu'ils n'occupent dans la pratique qu'une place fort restreinte.

Les exemples de faits semblables ne sont pas absolument rares, et il y a lieu de s'étonner du caractère de nouveauté avec lequel ils ont été présentés récemment. Tous ceux qui ont exercé la médecine légale en ont vu, et pour ma part, dès 1855 (1), j'en citais trois cas dont l'un était relatif à un enfant né dans mon service à l'hôpital Lariboisière, qui avait poussé quelques cris et n'était mort que le lendemain de la naissance. Chez lui comme chez les deux autres, qui n'avaient survécu que quelques heures, les poumons ne surnageaient pas et étaient encore dans l'état fœtal le mieux caractérisé. J'ajoutais, dès cette époque, point très-important qui a été tout à fait passé sous silence par les uns (2), ou dont la signification a été négligée à tort par les autres (3), que, dans ces conditions, les poumons présentaient à leur surface quelques ecchymoses ponctuées disséminées sur la plèvre et analogues à celles que l'on rencontre chez les enfants qui ont péri étouffés. L'explication physiologique de ces faits soulève des problèmes dont je suis loin de nier l'intérêt, mais qui sont tout à fait étrangers à la médecine légale. Il suffit pour nous de mettre hors de doute ce fait que des enfants nés avant terme, chétifs, malades ou mal conformés, peuvent venir au monde vivants, s'agiter, exécuter des mouvements de la face ou des membres et même crier, et cela non-seulement pendant quelques instants,

(1) A. Tardieu, *Mémoire sur la mort par suffocation* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 2e série, t. IV. 1855).

(2) Bardinet, *La vie sans respiration chez les nouveau-nés ;* et Devergie, *Rapport sur le précédent mémoire* (*Bull. de l'Acad. impér. de méd.*, t. XXX, p. 77 et 1052, 1864-1865).

(3) Casper, *loc. cit.*, p. 323.

mais pendant plusieurs heures et même plus d'un jour, sans que leurs poumons aient été pénétrés par l'air, sans qu'à l'autopsie ils aient présenté d'autres caractères que ceux de l'état fœtal, sans qu'enfin ils surnagent à l'épreuve hydrostatique. Billard (1) a très-bien décrit l'état dans lequel se présentent ces enfants. Il l'avait observé sur le plus petit de trois jumeaux qui l'avait frappé par la lenteur de ses mouvements, l'état d'affaissement dans lequel il se trouvait et la nature particulière de son cri, qui ne consistait qu'en une reprise aiguë, entrecoupée et pénible. La poitrine s'élevait et s'abaissait assez régulièrement, mais elle rendait à la percussion un son mat dans toute son étendue, et l'application du stéthoscope ne faisait nullement entendre la respiration. Le cœur battait cinquante fois par minute. L'enfant pouvait avaler quelques cuillerées d'eau sucrée. Malgré les soins qui lui furent donnés, il s'éteignit huit heures après sa naissance; et à l'autopsie les poumons et le cœur plongés dans l'eau se précipitaient sur-le-champ au fond du vase. Cependant leur tissu n'était pas engorgé; le droit seulement offrait à son bord postérieur une légère congestion. Les lobes du poumon séparés et plongés dans l'eau se précipitèrent ensemble avec une égale vitesse. Je ne crois pas utile de multiplier ces exemples, ainsi qu'il serait facile de le faire (2).

Il est beaucoup plus utile pour nous de nous demander

(1) Billard, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*, 3e édition. Paris, 1837.

(2) Voyez notamment Fodéré, *Traité de médecine légale*, t. IV, p. 453; Heister, *Dissert. de fallaci pulmon. infant. experimento;* Maschka, *La vie des nouveau-nés sans respiration* (*Prager Vierteljahrschrift*, 1854, t. III, p. 1). — Bezeth de Rotterdam, *Anektasis pulmonum neonatorum viventium* (*Gazette des hôpitaux*, 26 mars 1859). — *Journal de Casper*, 1852, p. 146, et 1857, p. 239. — Blot, *Sur l'insuffisance de la docimasie pulmonaire* (*Mémoires de la Société de biologie*, 2e série, t. II, *Comptes rendus des séances*, p. 110, 1855).

quelle peut être leur signification vraie et leur importance au point de vue de la recherche médico-légale de l'infanticide. Pour peu qu'on y réfléchisse, on reconnaîtra qu'ils n'ont en réalité qu'une valeur purement négative. D'un côté, en effet, on n'admettra jamais, lorsque les poumons ne surnageront pas, que l'enfant ait vécu dans le sens où il convient d'entendre la vie extra-utérine pleine et entière; mais on ne niera pas que l'enfant ait pu naître vivant, si l'on trouve sur des poumons non pénétrés par l'air des ecchymoses sous-pleurales, indice de la lutte plus ou moins prolongée qu'il a soutenue contre sa propre faiblesse avant de s'éteindre. D'un autre côté, le défaut de surnatation des poumons, chez un enfant nouveau-né sur lequel on reconnaîtra des traces de nature criminelle, ne contredira pas formellement le fait de la vie, et ne s'opposera pas à ce que l'on admette que l'enfant, bien que n'ayant pas respiré, est néanmoins né vivant et a pu périr victime d'un crime; mais c'est à la condition que l'on trouvera des signes de la vie dans d'autres actes que dans la respiration, dans d'autres organes que les poumons.

Des signes de vie tirés de la persistance de la circulation et de l'état du sang.— On ne peut douter que l'enfant né en état de mort apparente et pendant tout le temps qu'il reste dans cet état soit cependant très-réellement vivant, puisque des soins appropriés peuvent l'en faire sortir et lui rendre le sentiment et le mouvement; mais par cela même qu'il est vivant, il peut être tué, et périr avant d'avoir respiré, victime d'un infanticide. Ce n'est plus dans ce cas à l'établissement d'une fonction nouvelle et aux changements apportés dans les organes par les premiers actes de la vie extra-utérine qu'il faut demander la preuve que l'enfant vivait encore lorsqu'il a été l'objet de violences criminelles, et que par conséquent il était sorti vivant du sein de sa mère, quoique avec les apparences de la mort. Ces preuves on les trouvera dans la per-

sistance de la fonction vitale par excellence, de celle qui appartient aussi bien au fœtus qu'au nouveau-né, et qui ne cesse qu'avec la vie elle-même, c'est-à-dire la circulation. Même en l'absence de la respiration, elle continue pendant un certain temps à s'accomplir d'une manière régulière et constante chez le nouveau-né et tant que dure l'état de mort apparente. L'enfant n'a pas fait un mouvement, n'a pas poussé un cri, mais le sang circule et porte la vie dans toutes les parties; ce sang lui-même est vivant. Or l'un des caractères du sang qui vit, c'est que, sorti des vaisseaux et soustrait au mouvement de la circulation, il se coagule immédiatement. La coagulation du sang extravasé est donc une preuve de vie; et toute blessure, toute violence capable d'amener une extravasation sanguine, laissera dans les organes la marque propre à faire reconnaître si elle a été faite pendant la vie ou après la mort. C'est là un fait constant et qui, particulièrement en ce qui touche la démonstration de l'infanticide, a été dans un assez grand nombre de cas consacré par des observations décisives. Je ne puis comprendre la résistance obstinée que Casper (1) oppose à cette preuve et les reproches fort injustes qu'il adresse à ce sujet aux médecins légistes français. J'ai montré ailleurs (2) que le professeur de Berlin confond tantôt la transsudation du sang, effet de la décomposition cadavérique, avec l'extravasation sanguine, et la dessiccation du liquide sanguin produite par l'évaporation avec la coagulation, phénomène essentiellement et exclusivement vital. J'ai pris soin de discuter et de réfuter un à un les faits cités par Casper à l'appui de sa fausse doctrine. Il serait superflu d'y revenir ici; je me bornerai à faire remarquer que fort heureusement cet

(1) Casper, *loc. cit.*, p. 532 et 18.

(2) A. Tardieu, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866, art. Blessures.

auteur est seul de son avis. Mais lorsque je luttais avec toute l'énergie de ma conviction contre une aussi grave erreur en traitant des blessures en général, j'avais présente à la pensée l'extrême importance que le fait a surtout en matière d'infanticide, dans le cas où la coagulation du sang est le seul indice à l'aide duquel l'expert peut reconnaître que l'enfant est né vivant, a vécu et a péri de mort violente.

Les exemples ne manquent pas dans lesquels des crimes commis sur des enfants nouveau-nés, tués avant d'avoir respiré, ont été très-positivement constatés par la science, et punis par la justice. Le docteur Bellot (du Havre) en a cité deux cas observés il y a quarante ans (1), et reproduits depuis par tous les auteurs à juste titre, car ils ont dès le principe très-nettement posé et éclairé ce point de doctrine important. Il s'agissait dans le premier d'un double infanticide commis sur deux jumeaux par leur mère, qui, de son propre aveu, leur avait immédiatement après leur naissance écrasé la tête avec un sabot. L'un avait eu le temps de respirer; mais chez l'autre, qui présentait au crâne les mêmes blessures offrant les mêmes caractères de blessures faites pendant la vie, la docimasie hydrostatique la plus complète démontrait qu'il n'avait pas respiré. Le second cas de Bellot a trait à un enfant qui, avec des traces de strangulation et de fractures du crâne accompagnées des désordres caractéristiques de lésions opérées pendant la vie, présentait à la docimasie pulmonaire les signes certains du défaut absolu de respiration. M. Devergie (2) a fait en 1838, avec le doc-

(1) Bellot (du Havre), *Rapport sur un infanticide commis sur des jumeaux* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1re série 1832, t. VIII, p. 199); *Infanticide par strangulation et par brisement des pariétaux*, par le même (*ibid.*, p. 205); *Remarques sur ces rapports*, par Marc (*ibid.*, p. 209).

(2) Devergie, *Commentaire sur l'art.* 300 *du Code pénal. Fait d'infanticide sur un enfant qui n'avait pas respiré* (*Ann. d'hyg. et de méd.*

teur West, l'autopsie d'un enfant nouveau-né qui portait à la tête deux blessures : l'une intéressant la peau, l'autre ayant traversé le pariétal gauche. Au voisinage de la première, située sur l'occiput, on trouvait une large ecchymose avec sang infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané ; dans la blessure du bord supérieur du pariétal, l'instrument avait ouvert le sinus longitudinal de la dure-mère, du sang s'était épanché entre les deux lobes du cerveau : le cervelet avait été contus et offrait deux caillots de sang coagulé à sa base et dans sa propre substance. Les poumons, soumis à toutes les épreuves docimasiques, ne surnageaient pas.

Ollivier d'Angers (1) a fait de la question une étude spéciale et a très-explicitement démontré que d'une part l'enfant peut, dans certains cas, vivre plus ou moins longtemps après la naissance, et que d'une autre part les blessures s'accompagnent dans ces cas d'un phénomène particulier qui ne se manifeste que sur le corps vivant, la coagulation du sang ; tandis que les solutions de continuité pratiquées sur un corps privé de vie ne produisent que des infiltrations de sang liquide. Ollivier rapporte à l'appui de ces propositions deux observations, l'une d'un enfant à terme n'ayant pas respiré et présentant des fractures multiples des os du crâne avec épanchement de sang coagulé au niveau des fractures ; l'autre d'un enfant né deux mois environ avant terme n'ayant pas respiré, et chez lequel on trouvait la tête broyée en près de vingt fragments et du sang noir coagulé sous le cuir chevelu et à la surface du cerveau. M. Bardinet, dans le mémoire que j'ai déjà cité (2), a récemment publié un cas

lég., 1re série, t. XVII, p. 400) ; *Consultation médico-légale en matière d'infanticide* (*ibid.*, t. VIII, p. 347).

(1) Ollivier (d'Angers), *Observations et rapport médico-légal sur cette question : L'absence complète de la respiration sur un enfant nouveau-né n'exclue pas la possibilité de l'infanticide* (*ibid.*, t. XXIX, p. 149).

(2) Bardinet, *Bull. de l'Acad. imp. de méd.* (*loc. cit.*)

analogue recueilli par lui il y a quelques années, et où il est question d'un enfant né avant terme et jeté dans un égoût, chez qui la docimasie hydrostatique dénote l'absence de respiration, et qui, à côté de pertes de substances à la peau, plaies déchiquetées, pâles, décolorées, provenant de morsures de rats et manifestement postérieures à la mort, a présenté au sommet de la tête, à la région lombaire, au niveau des hanches, au-devant du genou, de larges ecchymoses avec infiltration de sang coagulé dans les tissus sous-jacents. L'ecchymose du cuir chevelu nettement dessinée est accompagnée d'épanchement de sang coagulé sur les hémisphères du cerveau; il existe du sang liquide et de petits caillots à la base du crâne, preuve évidente que la vie avait existé chez l'enfant.

J'ai moi-même observé plusieurs faits absolument semblables à ceux qui précèdent, et que je rapporterai à la fin de cette étude. Il en ressort avec évidence que toutes les fois que, même sur un enfant qui n'aurait pas respiré et dont les poumons seraient encore à l'état fœtal, on trouve des lésions traumatiques, des blessures au voisinage desquelles le sang est coagulé, on doit admettre qu'elles ont été faites du vivant de l'enfant, et que par conséquent celui-ci a vécu hors du sein de sa mère. Il restera à déterminer si ces blessures sont la cause réelle de la mort et si elles sont le résultat de violences criminelles, ce sont là d'autres questions; mais celle qui nous occupe en ce moment, à savoir si l'enfant est né vivant, reçoit ici une solution positive en dehors et en l'absence des preuves fournies par l'établissement de la respiration et la docimasie pulmonaire.

Il est un fait que l'on a invoqué à tort comme se rattachant à l'ordre de preuves que je viens d'établir, c'est la tumeur œdémateuse séro-sanguinolente, la bosse sanguine que l'on rencontre au sommet de la tête des enfants nou-

veau-nés. Il faut se garder de croire que cette bosse ne se forme que sur les fœtus vivants. M. le docteur Blot (1) a montré que, même chez le fœtus mort depuis un certain temps, la partie qui répond au vide du col utérin et du petit bassin peut, si le travail dure quelque temps après la rupture des membranes, devenir le siége d'une tumeur œdémateuse séro-sanguinolente. Celle-ci a été en effet faussement attribuée à la gêne de la circulation veineuse ; elle est due en grande partie à l'action de la pesanteur qui s'exerce aussi bien après la mort que pendant la vie. Elle ne peut donc, à aucun titre, être invoquée comme un signe de vie pendant le travail, ce qui ne serait pas encore une preuve de vie après la naissance, seul point intéressant pour l'histoire médico-légale de l'infanticide.

Résumé des signes propres à établir que l'enfant est né vivant. — Si nous résumons les longs développements qui précèdent, nous voyons que les signes propres à établir que l'enfant est né vivant sont en principe comme en fait dominés par les résultats de la docimasie pulmonaire. C'est donc à préciser en une conclusion dernière sa véritable valeur que nous devons surtout nous attacher.

Cette valeur est évidemment relative; il ne faut pas prendre le fait brut de la surnatation ou de la submersion des organes extraits de la poitrine et placés dans un vase rempli d'eau pour en déduire immédiatement la preuve de la vie ou celle de la mort du nouveau-né. Ce n'est là qu'un résultat physique qui a besoin d'être raisonné et interprété, et dont la signification doit être soigneusement recherchée. Si je me suis fait bien comprendre, on doit reconnaître que la valeur de la docimasie hydrostatique est inséparable de l'état du poumon, et qu'il ne faut conclure qu'en rappro-

(1) H. Blot, *Tumeur œdémateuse séro-sanguinolente développée sur le crâne de plusieurs fœtus mort-nés* (*Mémoires de la Société de biologie, loc. cit.*, p. 63).

chant les données qu'elle fournit des caractères anatomiques que présente le poumon. La surnatation doit être mise en rapport d'une part avec la position des poumons dans la cavité thoracique, leur couleur, leur structure, le développement des vésicules pulmonaires, et d'une autre part avec l'absence de gaz putrides et des phénomènes de la décomposition, ou encore avec les signes de l'insufflation artificielle. De même, pour le fait de la submersion, il importe de le rapprocher de l'état du poumon et de considérer si celui-ci est franchement à l'état fœtal ou si l'augmentation de densité tient à une lésion pathologique, hépatisation, atélectasie, induration, ou à la désorganisation du tissu pulmonaire putréfié. Ramenée à ces conditions, la docimasie se montre avec sa valeur réelle et constitue une preuve d'une importance considérable au-dessus de toute objection et véritablement sans égale.

Ce n'est pas toutefois le seul moyen à l'aide duquel le médecin légiste puisse résoudre la question de savoir si un enfant nouveau-né est né vivant.

Il peut trouver une preuve négative dans l'état de macération plus ou moins avancé que présente le corps des fœtus mort-nés qui ont séjourné un certain temps, déjà privés de vie, dans la cavité utérine.

Enfin, un dernier ordre de preuves propres à démontrer que l'enfant est né vivant est fourni par la persistance de la circulation et la coagulation du sang extravasé dans les blessures reçues après la naissance. Ce fait a cela de particulièrement intéressant qu'il peut suppléer ceux qui résultent de l'établissement de la respiration, et qu'on peut le constater et y trouver une preuve de vie, même chez les enfants nés en état de mort apparente et dont les poumons sont restés à l'état fœtal. Toutefois il faut bien reconnaître que la valeur de ce dernier ordre de preuves est bornée, puisqu'il ne peut être acquis que dans les cas où le cadavre

du nouveau-né porte les traces de lésions traumatiques. Si l'infanticide a été commis par un procédé qui n'entraîne ni plaie, ni fracture des os, ni extravasation sanguine, et si l'on ne retrouve pas de sang coagulé, aucun signe, dans l'état de mort apparente, ne permet de reconnaître que l'enfant vivait lorsque le crime a été consommé.

Car, je le répète, en dehors de ces cas et malgré les présomptions les plus fondées, il n'est pas permis à l'expert de conclure d'une manière formelle que l'enfant est né vivant lorsque les poumons n'ont pas été dilatés par une respiration complète et ne surnagent pas franchement dans l'opération docimasique, tant avec la masse des organes thoraciques que séparément, divisés par fragments et doucement comprimés sous l'eau.

A cette question de l'établissement de la respiration dès les premiers moments de la vie extra-utérine, s'en rattache étroitement une autre qui est très-souvent posée à l'expert devant la Cour d'assises, dans les affaires d'infanticide.

Le nouveau-né a-t-il crié? C'est ce que nient obstinément les accusées, qui prétendent le plus souvent que l'enfant qu'elles ont tué n'a donné aucun signe de vie, qu'elles l'ont cru mort et n'ont eu d'autre pensée que de le faire disparaître. Dans beaucoup de cas, des témoins ont entendu les vagissements de l'enfant et viennent le déclarer aux débats. C'est au médecin qu'il appartient de réfuter les allégations mensongères et intéressées de la mère infanticide, et de lever les doutes que la contradiction a fait naître; c'est à lui que la justice adresse la question de savoir si l'enfant a dû nécessairement crier en venant au monde. Il ne faut pas que l'expert se contente d'y répondre d'une manière générale; mais qu'il ait soin au contraire de ne la résoudre qu'au point de vue du cas particulier dont il s'agit, et d'après l'inspection des organes de l'enfant nouveau-né dont le meurtre est actuellement poursuivi.

Le cri du nouveau-né est la manifestation première et nécessaire de l'établissement de la respiration. Si celle-ci s'accomplit librement et d'une manière complète, elle s'accompagne de cris répétés, aigus, violents, que tous ceux qui ont assisté à un accouchement naturel ont entendu, et dont l'expert fera bien de rappeler le caractère aux jurés, qui pour la plupart en ont gardé le souvenir. Ce cri appelle l'air dans la poitrine et aide les poumons à se dilater. Il n'y a pas d'enfant nouveau-né qui, dans ces conditions, respire sans crier.

La question revient donc à se demander si, dans l'espèce, les poumons présentaient une dilatation complète, et si l'air en avait bien pénétré toutes les parties; dans ce cas, le doute n'est pas possible, l'enfant a certainement crié, et l'accusée qui le nie ne dit pas la vérité. Dans les conditions contraires d'une respiration incomplète et du défaut de développement des poumons, à plus forte raison lorsqu'il est reconnu que l'enfant, bien que né vivant, a pu rester dans un état de mort apparente jusqu'au moment où le crime a été commis, la réponse sera négative : l'enfant n'a pas crié ou a pu ne faire entendre que d'imperceptibles vagissements.

La solution de cette question, très-intéressante dans la pratique, est donc tout entière, on le voit, subordonnée à l'existence des signes de la respiration qui viennent d'être longuement étudiés.

Combien de temps l'enfant a-t-il vécu? — Ce n'est pas assez pour la démonstration médico-légale de l'infanticide d'établir que l'enfant mis à mort est né vivant, il faut encore, autant que cela est possible, déterminer combien de temps il a vécu : il y a à cela plusieurs motifs.

Nous avons vu déjà que la qualification du crime dépend du moment où il aura été commis : l'infanticide est le meurtre du nouveau-né, et ce fait d'être nouveau-né étant

essentiellement transitoire, il faut que l'expert soit en mesure de dire à quel moment de sa vie extra-utérine l'enfant a été tué, en d'autres termes, combien de temps il a vécu.

Mais ce n'est pas tout : il importe de déterminer les circonstances dans lesquelles ce meurtre s'est accompli ; et ces circonstances varient de la façon la plus saisissante, suivant que l'infanticide a eu lieu au moment même de la naissance ou plus ou moins longtemps après. Les procédés meurtriers ne sont pas les mêmes, la complicité est plus probable dans un cas que dans l'autre. Dans l'immense majorité des cas, le meurtre du nouveau-né suit immédiatement la naissance. L'accouchement clandestin va être dénoncé par les cris de l'enfant, et c'est ce premier cri qui, chez la femme décidée à faire disparaître son enfant, la pousse au crime ; ce sont ces cris accusateurs qu'il faut étouffer à tout prix. Laissons de côté cette fable imaginée pour les besoins d'une défense impossible, de l'inertie de la femme qui vient d'accoucher, de l'impossibilité où elle est de faire un mouvement, et reconnaissons qu'en fait, c'est au moment de la naissance qu'est consommé le plus grand nombre des infanticides. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a des cas dans lesquels le meurtre n'a lieu que quelques heures et même quelquefois plusieurs jours après la naissance.

Il est très-utile de préciser, car la justice a un grand intérêt à être exactement renseignée sur ce point, et il serait fort à désirer que l'on pût suivre, pour ainsi dire, heure par heure et à des traces certaines, la marche et le progrès de l'enfant dans cette nouvelle vie où il vient d'entrer. Il m'est arrivé plus d'une fois d'être interpellé par des jurés ou par le président des assises sur ce que l'on devait entendre par « peu de temps après la naissance ». On aurait voulu sortir de ce vague ; il n'est pas toujours possible de le faire. Cependant je crois être arrivé à des résultats aussi satisfaisants que possible dans cette recherche ; je suis

dans tous les cas allé plus loin qu'on ne l'avait fait avant moi en m'appuyant sur certains signes qui n'avaient pas été encore utilisés par les médecins-légistes, et qui peuvent cependant jeter de vives lumières, surtout sur les premiers temps de la vie extra-utérine du nouveau-né, sur cette phase précisément qui intéresse le plus l'expertise judiciaire en matière d'infanticide.

Ces signes, je les emprunterai à l'état de l'estomac, aux changements anatomiques survenus dans l'état de certaines parties du corps de l'enfant, notamment des poumons, de la peau, de l'appareil ombilical et des ouvertures fœtales, et aux progrès de l'ossification.

Signes tirés de l'état de l'estomac. — Un premier ordre de signes a pour moi une valeur considérable, bien qu'il n'en soit fait aucune mention dans les auteurs, ce sont ceux que donne l'examen de l'estomac du nouveau-né. Il ne faut jamais omettre d'y procéder avec la plus grande attention.

Si l'on ouvre l'estomac d'un nouveau-né, on verra que même chez celui qui est mort-né, cet organe n'est pas vide, mais contient une matière visqueuse plus ou moins épaisse, non aérée, dont la couleur varie suivant l'état de conservation du corps, tantôt d'un bleu sale, tantôt d'un jaune brun, tantôt violacée et tirant sur la teinte lie de vin lorsque la décomposition commence à se prononcer. Si l'enfant est né vivant, mais qu'il ait été tué immédiatement après sa naissance, les choses se présentent encore sous le même aspect; c'est-à-dire que l'estomac ne renferme rien autre chose que des mucosités glaireuses, blanchâtres ou diversement colorées telles que je viens de les décrire. Je ne m'occupe pas de rechercher quelle est la nature de cette matière et si elle joue un rôle dans la nutrition du fœtus, cela n'est pas de notre domaine, et je poursuis l'étude des variations que présente l'intérieur de l'estomac chez le nouveau-né.

Quand l'enfant a vécu un peu plus longtemps, en même

temps que la respiration s'établit, et à mesure qu'elle devient plus complète, l'air se mêle avec les liquides sécrétés dans la bouche, une nouvelle fonction s'établit et s'exerce instinctivement avec les premiers mouvements de l'enfant, c'est la déglutition qui porte dans l'estomac ces liquides aérés. Il s'ensuit que si l'enfant a dépassé cette première limite, celle où la respiration seule a commencé, s'il a vécu un peu plus longtemps, on trouve dans l'estomac non plus seulement des mucosités visqueuses, mais des mucosités spumeuses, en même temps de la salive mélangée d'air. Je ne me hasarderai pas jusqu'à mesurer le temps nécessaire pour en arriver à ce point ; mais je ne crois pas m'éloigner beaucoup de la vérité en disant qu'il suppose que la vie a duré plus que quelques instants et au moins dix ou quinze minutes.

Plus tard, si l'infanticide n'a pas suivi immédiatement la naissance, il peut arriver que l'on trouve dans l'estomac du lait plus ou moins complétement digéré, fait important, car à lui seul il établit un commencement de soins donnés par la mère, l'allaitement commencé, et semble peu compatible avec l'intention criminelle ou du moins suppose un enchaînement de circonstances, une résistance de la volonté, une pression subie, une complicité, toute une série de faits moraux qu'il appartient à la justice d'apprécier, mais qui découlent de la constatation matérielle faite par l'expert sur l'estomac du nouveau-né.

Dans d'autres cas non moins importants et relatifs à certains procédés particuliers d'infanticide, tels que l'immersion, l'enfouissement dans certains milieux liquides ou pulvérulents, la présence dans l'estomac des matières dans lesquelles l'enfant a été plongé et la quantité qu'il en contient permettent jusqu'à un certain point de mesurer la durée de la vie ou tout au moins montrent qu'elle a résisté pendant un certain temps.

Signes tirés de l'état des poumons. — La respiration, qui nous a été d'un si grand secours pour déterminer le fait de la vie chez le nouveau-né, va-t-elle servir à mesurer la durée de la vie? A coup sûr on peut tirer à ce sujet quelque chose de l'inspection des poumons, mais c'est peu. Il ne faut ni beaucoup de temps, ni un grand nombre d'inspirations pour que le poumon se dilate complétement, surtout quand l'enfant nouveau-né apporte à ces premiers mouvements respiratoires toute l'énergie dont le rendent capable un développement régulier, une constitution robuste et une naissance facile. La rapidité avec laquelle s'établit une respiration complète dans ces cas enlève à la dilatation de ces organes beaucoup de sa valeur comme signe de la durée de la vie.

On ne peut même se faire un argument de la condition inverse, c'est-à-dire de la dilatation incomplète des poumons. Car il est des cas, on le sait, dans lesquels des nouveau-nés ont vécu plusieurs heures sans respirer complétement. De telle sorte que si l'on trouve des poumons en partie à l'état fœtal, en partie pénétrés par l'air, il ne s'ensuit pas que les enfants aient vécu et respiré moins longtemps que d'autres chez lesquels les poumons sont complétement dilatés. Ce n'est pas un fait de durée, mais un fait de puissance. L'enfant vigoureux ouvre ses poumons tout entiers en quelques minutes; l'enfant débile, né avant terme ou mal conformé, n'arrive pas à les dilater même après plusieurs heures de vie.

Plus tard on verra que les lésions trouvées sur les poumons peuvent fournir des indices un peu plus importants au point de vue de la durée, non pas de la vie, mais de la résistance à la mort. Tenons pour certain quant à présent que l'état des poumons ne fournit pas un signe suffisamment sûr pour apprécier si l'enfant nouveau-né a vécu plus ou moins longtemps.

Signes tirés des modifications du tégument externe. — A peine l'enfant est-il né qu'il subit dans sa constitution physique des changements qui sont la condition même de la vie et qui marquent pour ainsi dire chacun des pas qu'il fait dans sa nouvelle existence. La peau en offre un exemple facile à saisir.

Il n'y a pas à compter beaucoup sur les modifications qui s'opèrent dans la couleur générale du corps. Car, si considérable qu'elles aient pu être pendant la vie, elles se sont effacées et ont perdu toute signification sur le cadavre du nouveau-né.

Ce qui est beaucoup plus important du côté du tégument externe, c'est l'exfoliation de l'épiderme qui suit de près la naissance. Le changement de milieu qu'éprouve le nouveau-né qui passe du sein des eaux de l'ammios à l'air libre, rend nécessaire et inévitable un changement dans la structure de la peau ; l'enduit qui la protégeait contre le contact prolongé du liquide intra-utérin devient inutile ; d'inactive et d'imperméable qu'elle était, elle doit devenir accessible à l'air et apte à une perspiration continue, c'est-à-dire perméable et active. Elle se débarrasse alors de l'enduit sébacé et des couches épidermiques superficielles qui la recouvraient.

Cette exfoliation de l'épiderme est un phénomène constant qui commence quelquefois dès le premier jour, plus souvent du deuxième au troisième, et qui est en pleine activité vers le cinquième jour. Il consiste dans la formation de petites écailles très-minces, des pellicules analogues à celles que l'on observe dans la desquamation furfuracée de certaines fièvres éruptives qui se détachent d'une manière à peu près générale sur les diverses parties du corps, mais principalement à la poitrine et sur l'abdomen. Cette exfoliation se continue et se prolonge quelquefois pendant vingt ou trente jours.

Il est à peine nécessaire d'insister sur le danger de confondre ce phénomène avec le soulèvement de l'épiderme produit par la putréfaction, qui ne se montre que dans un degré avancé de la décomposition putride sur des corps ramollis verdâtres, et sous une forme phlycténoïde tout à fait différente de l'exfoliation naturelle propre au nouveau-né ; ou à la suite de la submersion et du séjour prolongé du cadavre dans l'eau, par larges lamelles plissées et blanchies.

Signes tirés des modifications de l'appareil ombilical.—L'une des modifications les plus promptes à s'opérer dans la constitution physique du nouveau-né, l'une des plus significatives au point de vue de la durée et des progrès de la vie extra-utérine, est celle de l'appareil ombilical. Destiné à unir l'énfant à sa mère tant que celui-ci est contenu dans l'œuf et à lui fournir les éléments de sa nutrition, il ne peut subsister dès que le nouveau-né mis au jour est appelé à vivre de sa vie propre. De là une série de changements dans les parties qui composaient l'appareil ombilical et dans la conformation du nouveau-né qui, à mesure qu'il se débarrasse de cette dépouille fœtale si l'on peut parler ainsi, subit des modifications anatomiques dont la succession sera très-heureusement mise à profit par le médecin-légiste.

L'appareil ombilical se compose de deux parties, l'une extra-abdominale qui forme le cordon proprement dit, l'autre intra-abdominale formée par le prolongement des vaisseaux ombilicaux. Entre les deux se trouve un anneau fibreux qui circonscrit l'ouverture ombilicale et embrasse la base du cordon au-dessous du prolongement cutané par lequel il est fixé à l'abdomen du nouveau-né.

Le cordon vasculaire qui sert de lien entre le placenta et le fœtus doit être fatalement divisé après la naissance. Lorsque celle-ci a lieu régulièrement et dans les conditions sociales ordinaires, la personne qui assiste la femme au

moment de la délivrance coupe le cordon à huit ou dix centimètres de son insertion sur l'abdomen du nouveau-né après l'avoir entouré d'une ligature destinée à prévenir une hémorrhagie. Dans les cas d'accouchement clandestin, la femme, forcée de se délivrer elle-même, divise le cordon soit avec un instrument tranchant, des ciseaux le plus ordinairement, soit en le rompant par une traction énergique; presque jamais elle ne le lie. Toutes ces particularités doivent, ainsi que je l'ai dit déjà, être soigneusement notées par l'expert. Si le cordon a été tranché, il l'est tantôt tout près de l'abdomen, tantôt et le plus souvent à une hauteur indéterminée, mais presque toujours plus loin que ne le fait l'homme de l'art dans un accouchement régulier. Dans tous les cas, le cordon coupé offre une section nette sur laquelle on voit facilement l'orifice béant des vaisseaux ombilicaux. Si le cordon a été rompu, la déchirure a lieu en un point très-variable de la longueur totale, mais le plus ordinairement sans qu'il y ait lieu d'attacher une grande signification à cette circonstance, plus près de l'insertion placentaire que de l'ombilic; l'extrémité est tordue, frangée, inégalement déchirée, et ne laisse pas voir les vaisseaux. Cette double disposition est si importante à connaître et appelle si vivement l'attention du médecin dans tous les cas où il a à examiner le cadavre d'un nouveau-né, que je l'ai fait reproduire d'après nature et que je la mets sous les yeux de ceux que cette étude peut intéresser (*Pl.* II, fig. 3 et 4).

Aussitôt que le cordon a été divisé, soit par section, soit par rupture, et par ce mot j'entends quelques secondes après, les artères ombilicales cessent de battre, la circulation cesse dans le cordon, et même chez les nouveau-nés qui ont été tués très-peu de temps après leur naissance, on trouve dans ces vaisseaux de petits caillots longs de 5 à 6 millimètres et très-bien formés. Je suis convaincu, pour l'avoir observé bien des fois, qu'il n'est pas besoin de plusieurs heures pour

que ces caillots apparaissent. Ils s'étendent et se consolident, et au bout de vingt-quatre heures ils occupent le quart, quelquefois la moitié de la longueur des artères.

Le cordon abandonné à lui-même, séparé d'une part du placenta et de l'autre de l'organisme du nouveau-né par l'interruption de la circulation n'est plus et doit disparaître, cette disparition a lieu par suite d'un travail dont il est utile de bien marquer et de suivre toutes les phases. Le cordon commence par se flétrir et par se dessécher. Quelquefois dès les premières heures après la naissance, quelquefois plus tard on le voit devenir mou, flexible, et prendre une teinte bleuâtre, puis brunir, se rétrécir, diminuer de longueur, se contourner en forme de vrille, et se dessécher d'autant plus rapidement qu'il est plus maigre, c'est-à-dire qu'il contient moins de cette matière que l'on a appelée la gélatine de Warthon: il arrive à ne plus former qu'une sorte de bande de parchemin aplatie, large de 8 à 10 ou 12 millimètres, sur laquelle se dessinent des lisérés noirs formés par les vaisseaux ombilicaux, très-visibles à travers l'enveloppe desséchée.

Ce phénomène de la dessiccation du cordon a été l'occasion d'une incroyable erreur, qu'il est impossible de ne pas relever, d'abord parce qu'elle émane d'un observateur justement estimé et ordinairement exact, mais encore et surtout parce qu'elle a eu, en médecine légale, et pourrait avoir encore des conséquences désastreuses. Billard a écrit les lignes qui suivent (1): « La dessiccation cesse aussitôt » que la vie s'éteint. La présence d'un cordon desséché » aplati peut servir à démontrer qu'un enfant a vécu et » même un ou deux jours, cet état ne pouvant être un phé- » nomène cadavérique. » Rien n'est plus faux qu'une pareille proposition, faux quant au fait, faux quant à la doc-

1) Billard, *loc. cit.*, p. 16.

trine. M. le docteur P. Lorain, qui montrait déjà dans une thèse inaugurale tout à fait hors ligne les qualités dont il a fait preuve dans sa carrière trop courte et volontairement interrompue de médecin légiste, a très-énergiquement combattu et très-justement réfuté (1) cette opinion erronée de Billard. Il a établi sans réplique que la dessiccation du cordon était un phénomène purement physique, et ne pouvait en aucun cas être donnée comme une preuve de la vie du nouveau-né. Il a fait mieux, il l'a démontré expérimentalement. « J'ai, dit M. Lorain, pendant plusieurs semaines et tous les jours coupé sur des enfants naissants des portions de cordon ombilical que je plaçais sur moi dans la poche de mon gilet; là, à une température qui est à peu près celle du corps, ces cordons ombilicaux se desséchaient tout aussi bien et aussi vite que sur le ventre des enfants auxquels je les avais pris. J'ai depuis varié ces expériences et j'ai vu que la dessiccation était d'autant plus rapide que les cordons étaient exposés à une température plus élevée et à une chaleur plus sèche. Sur les enfants emmaillottés, le cordon est maintenu a une température de + 37° centigrades et se dessèche. Cela est facile à comprendre : il ne faut point invoquer ici l'inflammation ni toute autre théorie. La dessiccation du cordon est un fait purement physique. Par conséquent il serait peut-être utile que les médecins-légistes ne s'en rapportassent plus à Billard et qu'ils voulussent bien chercher non pas dans la dessiccation du cordon, phénomène purement physique, mais dans les modifications vitales de l'ombilic et des vaisseaux ombilicaux intra-abdominaux, les preuves dont ils doivent faire un si terrible usage en justice. Ce qui fait que le cordon ne se dessèche pas généralement sur les enfants morts c'est que les cadavres sont froids. » Je peux aller plus loin que M. Lorain dans la démonstration

(1) P. Lorain, *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*. Paris, 5 .

du fait qu'il a si bien établi de la nature purement physique et nullement vitale de la dessiccation du cordon. J'ai été assez heureux en effet pour rencontrer un cas d'infanticide dans lequel le cordon a présenté des caractères tout à fait décisifs.

Le fait s'est produit aux Batignolles il y a quelques années. Une jeune personne placée dans de bonnes conditions de famille était devenue mère, et avec la complicité présumée des parents, l'enfant avait été étouffé immédiatement après sa naissance, puis enveloppé et enfermé dans une boîte hermétiquement close que l'on avait placée dans un placard confinant au tuyau d'un calorifère par conséquent dans un endroit chaud et sec. Au bout de huit jours la boîte avait été emportée et enfouie dans un champ. C'est là que dès le lendemain la justice informée retrouvait le cadavre. Chargé d'en faire l'examen, je trouvai le cordon coupé très-près du placenta, et par conséquent dans presque toute sa longueur, Il était desséché et formait un ruban aplati, parcheminé, rayé de noir par les vaisseaux ombilicaux que la transparence du tissu laissait voir. Mais vers le milieu de la longueur une portion du cordon, 5 à 6 centimètres environ, qui s'était trouvée engagée sous quelque partie du corps, avait échappé à la dessiccation et se trouvait dans les conditions les plus opposées, c'est-à-dire gonflée, ramollie, de couleur verdâtre, en voie de décomposition putride.

Ainsi sur le même enfant, le cordon ombilical en partie desséché, en partie mou et putréfié : est-il une preuve plus convaincante de l'erreur de Billard, et ce seul fait n'eût-il pas suffi pour le détromper lui-même ? Il demeure désormais constant que les changements qui s'opèrent dans le cordon chez le nouveau-né ne sont à aucun degré la conséquence d'un acte vital et dépendent uniquement des conditions physiques de température et d'humidité dans lesquelles

le corps se sera trouvé placé. L'expérience et l'observation ne laissent subsister à cet égard aucun doute.

Mais il est un autre phénomène d'une bien autre valeur et qui, lui, est bien réellement vital ; c'est le travail d'élimination qui aboutit à la chute du cordon, et qui, commençant peu de temps après la naissance, dure plusieurs jours et peut être facilement suivi. Personne ne conteste que ce soit là l'un des meilleurs indices sur lesquels l'expert puisse se fonder pour établir qu'un enfant a survécu pendant un certain temps au moment où il est né. Aussi n'y a-t-il absolument aucun compte à tenir du fait fort difficile à comprendre et à admettre que M. Devergie dit avoir vu, à savoir, la phlegmasie du pourtour du cordon chez un mort-né. Il y a là très-certainement une erreur d'observation, ou tout au moins d'interprétation, car si à la rigueur quelque maladie du fœtus, une péritonite par exemple, peut avoir amené l'inflammation de la partie abdominale aux environs du cordon, cette lésion n'a rien de comparable avec l'inflammation éliminatrice du cordon.

C'est bien en réalité par un travail inflammatoire qui s'établit au niveau de l'anneau cutané qui entoure le cordon à son insertion abdominale que s'opère l'élimination et la chute de cet appendice fœtal inutile au nouveau-né. Cette inflammation est plus ou moins vive, elle forme une aréole rouge plus ou moins étendue et un sillon plus ou moins profond autour du cordon, détermine un suintement séro-purulent plus ou moins abondant, et finit par amener la chute du cordon. L'époque à laquelle tombe le cordon n'est pas absolument fixe. La plupart des auteurs la placent du quatrième au cinquième jour, et les observations les plus récentes consignées dans une bonne thèse de M. le docteur Théas (1), qui a puisé ses observations à la cli-

(1) A. Théas, *De quelques considérations sur le cordon ombilical*, thèse de Paris, 1864, n° 138.

nique et dans les leçons de M. le professeur Depaul, confirment cette donnée. En réunissant aux chiffres contenus dans ce travail, ceux que M. Bouchaud (1) a recueillis de son côté avec le concours de madame Alliot, sage-femme en chef de la Maternité de Paris, en tenant compte de l'heure de la naissance et de l'heure à laquelle est tombé le cordon, je réunis un total de 153 cas dans lesquels la chute du cordon a eu lieu.

Le 2e	jour dans	5	cas.
Le 3e	—	22	—
Le 4e	—	36	—
Le 5e	—	47	—
Le 6e	—	31	—
Le 7e	jour dans	9	cas.
Le 8e	—	3	—
Le 9e	—	2	—
Le 10e	—	2	—

Ce tableau donne comme on le voit, comme le terme le plus habituel auquel se détache le cordon le cinquième jour, puis dans l'ordre de fréquence le quatrième, le sixième et le troisième, ce qui ne permet pas d'admettre, au moins pour notre pays, la proposition de l'Allemand Winckel (2) qui prétend que chez la moitié des enfants la chute du cordon a lieu le troisième jour, chez un quart le quatrième. Il est vrai que Casper donne le même chiffre que les observateurs français et fixe la chute du cordon du quatrième au sixième jour après la naissance.

Quant aux causes qui font varier l'époque où elle a lieu, M. Théas a établi d'une manière positive que la chute du cordon est d'autant plus prompte que l'enfant est plus gros, plus pesant et plus vigoureux, elle est au contraire retardée quand l'enfant est petit, grêle et faible. En effet, dans l'un des cas consignés au tableau qui précède et où le cordon ne s'est détaché que le dixième jour, époque exceptionnellement tardive, il s'agissait d'un enfant pris à l'infirmerie

(1) Bouchaud, *thèse citée*, p. 29.
(2) *Union médicale*, 1863.

de la Maternité, né avant terme, faible et mal alimenté. M. le professeur Depaul, qui a comparé la rapidité de la chute du cordon avec le poids des nouveau-nés, a constaté que le temps écoulé entre la naissance et la chute du cordon est en général plus considérable chez les enfants qui pèsent seulement de 2 à 3 kilogrammes, que chez ceux qui pèsent de 3 à 4 kilogrammes. M. Théas nous donne pour les premiers une moyenne de six jours et deux heures, et pour les seconds une moyenne de quatre jours et deux heures.

Le cordon ombilical en se détachant laisse une petite plaie qui présente pendant quelques jours une suppuration ou un léger suintement et qui tarde plus ou moins longtemps à se fermer et dont la cicatrisation n'est ordinairement complète qu'à la fin de la seconde semaine. Il n'est pas inutile de signaler à l'attention de l'expert une cause d'erreur qui n'a pas toujours été évitée et dont j'ai vu pour ma part plus d'un exemple. Dans certains cas, le cordon a été violemment arraché ou s'est détaché par le fait de la putréfaction, précisément au niveau de son insertion abdominale; et au premier abord l'absence du cordon, la perte de substance et la dépression au niveau de l'ombilic pourraient faire croire à la chute naturelle du cordon, et par conséquent à une prolongation de la vie, alors que l'on n'a sous les yeux qu'un enfant tué immédiatement après sa naissance ou même mort-né. L'examen attentif de la perte de substance permettra le plus souvent d'éviter toute confusion, car on ne retrouvera pas, dans le cas d'arrachement, la suppuration qui accompagne et suit la chute du cordon. Mais la putréfaction peut rendre la chose moins claire et laisser subsister des doutes. Le plus sûr est de poursuivre ses recherches jusque dans les vaisseaux ombilicaux qui présentent, plusieurs jours après la naissance, des modifications que l'on ne trouvera pas dans le cas d'arrachement immédiat.

En effet, je ne me suis occupé jusqu'ici que de la portion extra-abdominale de l'appareil ombilical, mais des changements non moins importants s'observent dans la portion intra-abdominale. Très-nettement indiqués par M. le docteur Lorain (1), ils ont fait l'objet d'une étude fort intéressante et très-complète de la part de M. le professeur Ch. Robin. Je cite textuellement la partie qui se rapporte à ce que l'on peut appeler la première phase des métamorphoses de l'appareil ombilical, la seule qui intéresse notre sujet.

« Il se passe, après la chute du cordon, un phénomène qui porte sur les artères, sur la veine ombilicale, ainsi que sur l'ouraque, et dont la connaissance domine l'interprétation des dispositions anatomiques qui lui succèdent. Ce phénomène est la rétraction des conduits qui aboutissent à l'ombilic après que la portion extra-abdominale, ayant cessé de vivre, s'est détachée de la portion intra-abdominale, au niveau même de l'anneau ombilical. Elle s'opère de haut en bas pour les deux artères et le cordon de l'ouraque, de bas en haut pour la veine. Cette rétraction est telle que le bout des artères primitivement engagé dans l'ombilic, et décrit comme y restant attaché, se voit plus tard sur les côtés de la vessie, plus haut ou plus bas que son sommet, au-dessous, au-dessus ou au niveau de l'arcade pubienne, à une distance de l'ombilic qui varie, suivant les sujets et suivant les âges, de 5 à 14 centimètres.

« Parmi les nombreux auteurs que j'ai consultés, le seul qui ait observé quelques-uns de ces faits chez les jeunes enfants est M. P. Lorain. Sa remarquable thèse, que son importance a fait passer entre les mains de tous les savants, renferme en effet les passages suivants qui

(1) P. Lorain, *thèse citée*, p. 62.

(2) Ch. Robin, *Mémoire sur la rétraction des vaisseaux ombilicaux et sur l'appareil ligamenteux qui leur succède* (*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1858).

semblent se rapporter surtout aux artères, et qui ont passé inaperçus, ce semble, jusqu'à présent : « Bientôt on les voit (les vaisseaux ombilicaux) se détacher par une sorte d'ulcération de cet anneau fibreux, puis ils descendent et glissent dans leur gaîne, qui seule les maintiendra désormais en rapport avec l'anneau ombilical. Leur extrémité déchirée se roule en forme de tube effilé fermé à la lampe. Ainsi clos, absolument bouché par des caillots qui deviennent de plus en plus denses, petits, filiformes, et dont ils suivent la rétraction, ils finissent par devenir des ligaments incapables de donner passage au sang. Ce n'est guère qu'au bout de quinze jours ou de trois semaines que les vaisseaux abandonnent ainsi l'anneau ombilical, quelquefois plus tard ; mais toute trace du travail réparateur n'a absolument disparu qu'au bout de douze ou de quinze mois. »

» En examinant la veine ombilicale, on voit que son extrémité se trouve dans le ligament péritonéal dit suspenseur du foie, à une distance de l'ombilic qui varie de 3 à 10 centimètres chez l'adulte.

» La rétraction commence de cinq à dix jours, quelquefois vingt jours, après la chute du cordon ; elle est généralement terminée à la fin de la première année de la vie ; mais il n'est pas rare de trouver les artères au niveau du sommet de la vessie dès la fin du deuxième mois. La valeur de ces dates n'est valable qu'à quelques jours près, car je n'ai pu étudier que les sujets apportés à l'École pratique ; mais j'ai observé toutes les phases du phénomène depuis 5 millimètres de rétraction jusqu'à 1, 2, 3, 4, 5 centimètres successivement et au delà.

» La rétraction s'opère avant que le bout des artères et de la veine soit cicatrisé et le canal des vaisseaux oblitéré. Les lèvres de l'extrémité de ces conduits sont rapprochées l'une de l'autre, de sorte que le bout des vaisseaux en voie de rétraction est mousse, sans rétrécissement ni gonflement

notables. Les artères surtout (et la veine également, mais moins) sont contractées de manière à rendre leur canal filiforme. On y trouve le plus souvent un peu de sang tant que la cicatrisation n'est pas opérée, ainsi qu'un petit caillot effilé aux deux bouts, près de l'extrémité coupée du vaisseau ; caillot qui devient gris, noirâtre, bleuâtre, à mesure qu'il s'atrophie. La cicatrisation oblitérante du bout de la veine est achevée avant la fin du premier mois, et même parfois au bout de quinze jours ou de trois semaines. Celle des artères lui est postérieure de huit à dix jours environ. »

Signes tirés de l'oblitération des ouvertures fœtales. — La disposition des organes de la circulation propre à la vie fœtale se modifie nécessairement après la naissance pour se mettre en harmonie avec la nouvelle direction que le changement de milieu et la respiration impriment au cours du sang. Le canal veineux, le canal artériel, le trou de Botal, s'oblitèrent en effet successivement du dixième au quinzième jour. Il ne faut pas toutefois s'attacher trop étroitement à cette limite. Ces ouvertures et ces voies de communication persistent quelquefois beaucoup plus longtemps et même jusque dans l'âge adulte. Ce sont là d'ailleurs des recherches trop minutieuses et trop longues, et les résultats n'en sont pas assez certains pour qu'il y ait lieu de les introduire dans la pratique.

Signes tirés de l'évacuation du méconium. — J'en dirai autant de l'évacuation du méconium qui est tout à fait considérée comme ne s'opérant qu'après la naissance et ne se terminant que vers le quatrième jour. Si les choses se passent ainsi le plus ordinairement, il s'en faut qu'elles soient assez constantes pour servir à prouver que l'enfant a vécu un certain temps après être venu au monde et à déterminer ce temps d'une façon quelque peu précise. J'ai déjà eu l'occasion de citer l'observation très-positive à cet égard de M. le docteur Bineau, de Saumur, qui a trouvé le gros

intestin absolument vide chez un nouveau-né à terme, étouffé presque aussitôt après sa naissance ; et je n'avais pas hésité en répondant à l'avis que ce confrère distingué me faisait l'honneur de me demander, à déclarer ce signe très-mauvais et très-incertain. Les raisons du reste en sont faciles à donner. D'une part, en effet, la quantité de méconium qui se forme pendant la vie intra-utérine est très-variable et peut être trop peu considérable pour que l'évacuation en soit constatée et se prolonge durant quelques jours. D'un autre côté, le méconium peut être rendu en grande partie avant la naissance et souiller par son mélange le liquide amniotique. Enfin diverses causes mécaniques ou autres peuvent accélérer l'évacuation du méconium et enlever toute signification à la limite qu'on assigne d'ordinaire à sa présence.

Signes tirés des progrès de l'ossification. — Nous retrouvons des signes plus importants et d'une valeur réelle pour la solution de la question qui nous occupe dans les progrès de l'ossification durant les premiers temps qui suivent la naissance.

C'est surtout le point osseux épiphysaire des fémurs qui nous a déjà si utilement servi à déterminer le fait de la naissance à terme, et qui par son accroissement rapide et régulier permet encore de mesurer aussi exactement le temps qui s'est écoulé depuis le terme des neuf mois de vie intra-utérine. Ollivier d'Angers a donné les dimensions exactes de ce point osseux relevées sur cinquante enfants depuis le premier jour jusqu'à un an.

A terme...	de 1 à 2	et	4 millimètres	sur	5 millimètres.
De 13 à 20 jours....	6	—		sur	5 —
Au delà de 20 jours..	7	—		sur	5 —
— 8 mois..	13	—		sur	5 —
— 9 mois..	15	—		sur	12 —
— 11 mois..	15	—		sur	13 —

Il ne faut pas prendre à la lettre ces indications, car les

dimensions du point osseux de l'extrémité inférieure du fémur varient suivant la constitution du nouveau-né et suivant la forme des os. Mais ce qui est certain c'est que ce noyau osseux va en s'accroissant, et que lorsqu'il dépasse dans son plus grand diamètre 5 ou 6 millimètres, on est en droit de conclure que l'enfant né à terme a vécu plusieurs jours après sa naissance. C'est la conclusion à laquelle est arrivé de son côté Casper qui a fait des recherches spéciales et fort étendues sur ce point. Pour les questions d'infanticide, il n'est d'ailleurs pas besoin de suivre les progrès du point osseux au delà de 7 à 8 millimètres.

Résumé des signes propres à établir combien de temps un enfant nouveau-né a vécu après sa naissance. — Si nous résumons les signes qui viennent d'être passés en revue et si nous cherchons à en donner une sorte d'échelle d'après leur ordre de succession, nous pouvons mesurer assez exactement le temps qui s'est écoulé depuis la naissance du nouveau-né, c'est-à-dire la durée de la vie extra-utérine. Je ne me sers pour dresser le tableau suivant que des signes auxquels j'ai reconnu quelque valeur.

De quelques minutes à quelques heures.....	Réplétion de l'estomac par un liquide spumeux et formation d'un caillot dans les vaisseaux du cordon.
Après six heures.....	Oblitération des artères ombilicales.
Après le 1er jour.....	Commencement du travail d'élimination du cordon.
Après le 2e jour.....	Commencement de l'exfoliation de l'épiderme.
Après le 4e jour.....	Chute du cordon.
Du 6e au 10e jour.....	Oblitération des ouvertures fœtales.
Après le 10e jour.....	Accroissement des dimensions du point osseux épiphysaire des fémurs au delà de 5 à 6 millimètres de diamètre.

Nous avons atteint et même dépassé la limite au delà de laquelle l'enfant cessera certainement d'être considéré comme nouveau-né, et les signes qui viennent d'être indi-

qués suffisent et au delà à fournir la solution des questions que soulève l'infanticide.

A ce point de vue, on me permettra d'insister de nouveau en terminant sur l'importance capitale que j'attache à l'examen de l'estomac et à celui des vaisseaux ombilicaux. Ce sont les signes qui s'y rapportent que l'on aura lieu de mettre le plus souvent à profit, car ils appartiennent à la période durant laquelle s'accomplit le plus souvent le meurtre du nouveau-né, celle qui suit de plus près la naissance.

CHAPITRE IV

DES DIFFÉRENTS GENRES DE MORT DANS L'INFANTICIDE.

Si importantes que soient les questions qui ont été traitées dans les précédents chapitres, elles ne sont en réalité que préliminaires; et si nécessaires qu'aient été à la démonstration scientifique de l'infanticide les données relatives à l'identité et à la vie du nouveau-né, c'est dans la recherche des causes de la mort que réside le fond même de l'expertise médico-légale, c'est là qu'est la base de la poursuite criminelle.

Le meurtre du nouveau-né, tout comme la mort violente chez l'adulte, s'accomplit dans des conditions très-diverses, et par des procédés, si l'on peut ainsi parler, nombreux et variés. Quelques-uns laissent sur le cadavre des traces si évidentes, que la violence éclate aux yeux de tous. Mais il s'en faut de beaucoup qu'il en soit toujours ainsi : il est des cas dans lesquels aucune marque extérieure ne dénonce le crime, et le genre d'infanticide le plus commun est précisément de ce nombre. De plus, les violences les plus apparentes peuvent elles-mêmes être attribuées aux accidents qui menacent l'enfant durant les difficultés d'une naissance laborieuse, et à son entrée dans la vie. Les appréciations de l'expert rencontrent ici des complications nouvelles, inconnues dans la médecine légale de l'adulte.

Mais ce n'est pas tout encore d'établir chez le nouveau-né les causes de la mort, il faut déterminer les circonstances dans lesquelles il a été tué. Autour de chacun des différents genres de mort violente dont nous étudierons avec soin les caractères viennent se grouper une foule de questions subsidiaires, propres à chaque espèce, et à l'occasion desquelles nous aurons à rechercher les signes à l'aide desquels on

peut être assuré de ne jamais confondre avec l'infanticide la mort naturelle ou accidentelle du nouveau-né.

Enfin, après avoir nettement déterminé la cause de la mort, il importe pour compléter sur le meurtre du nouveau-né les données dont la justice a besoin, de déterminer à quelle époque remonte la mort. Ce sont là les deux questions principales qui seront étudiées dans ce chapitre.

Quelles sont les causes de la mort ? — C'est d'après les principes qui doivent diriger l'expert dans tous les cas où il a à rechercher les causes de la mort, aussi bien chez l'adulte que chez le nouveau-né, que je vais passer en revue les différents genres de mort, et les questions spéciales auxquelles chacun d'eux peut donner lieu.

Les différents genres de mort en ce qui concerne l'infanticide sont, je les cite dans l'ordre de fréquence (1) : la mort par suffocation, l'immersion dans les fosses d'aisances, les fractures du crâne, la strangulation, la submersion, le défaut de soins, les blessures, la combustion, l'hémorrhagie ombilicale, l'exposition au froid, l'inanition, l'empoisonnement.

Il convient de faire remarquer que l'on rencontre souvent dans l'infanticide, des genres de mort complexes. Il n'est

(1) On pourra juger du rapport qui existe au point de vue de la fréquence entre ces divers genres de mort, par les chiffres suivants qui reproduisent exactement les résultats de ma pratique personnelle. En vingt cinq ans, de 1844 à 1868, j'ai eu à examiner, par mission de justice, 804 cadavres de nouveau-nés. Sur ce nombre, 231 étaient mort-nés, 18 morts de maladie intra-utérine ou de faiblesse congénitale ; 555 avaient péri par infanticide et se répartissaient ainsi :

Par suffocation	281	*Report*	528
— immersion dans les fosses d'aisances	72	Par blessures	8
— fracture du crâne	70	— combustion	8
— strangulation	60	— hémorrhagie ombilicale	6
— submersion	31	— exposition au froid	3
— défaut de soins	14	— empoisonnement	2
A reporter	528	Total	555

pas rare, par exemple, de voir des enfants qui ont été à la fois étouffés et étranglés. Et, dans les cas de submersion et surtout d'immersion dans les fosses d'aisances, ou encore de combustion, des violences de nature variable, écrasement de la tête, strangulation, suffocation, ont pu précéder la précipitation dans l'eau, dans les latrines ou dans le feu, du corps de l'enfant encore vivant ou déjà privé de vie.

Je veux enfin, pour terminer ces considérations préliminaires, dire un mot d'une division que l'on trouve dans la plupart des auteurs, et que je repousse comme absolument inutile. On a coutume d'admettre, suivant les causes de la mort, une distinction entre l'infanticide dit par commission, et l'infanticide par omission. Au premier se rattachent les faits dans lesquels la mort est produite par des violences directes ; au second, ceux dans lesquels on laisse mourir l'enfant par l'omission des soins qui lui sont nécessaires. Cette division n'a pas seulement l'inconvénient d'être complétement stérile, elle est mauvaise en ce sens qu'elle implique de la part de l'expert une sorte de jugement de la question intentionnelle, une appréciation de l'intervention plus ou moins active de la volonté, de la part de la personne entre les mains de qui le nouveau-né est mort. Telle n'est pas la mission du médecin légiste. Il a à rechercher quelle est la cause réelle de la mort, et si elle résulte de violences ou si elle peut être attribuée à quelques circonstances accidentelles ou naturelles. C'est à la justice à prononcer sur la question intentionnelle, et à décider si l'enfant a été tué, on si on l'a laissé mourir. Les efforts de la défense, en effet, portent invariablement sur cette confusion qu'elle cherche toujours à établir entre l'infanticide commis, c'est-à-dire actif et direct, et celui qui est le fait de l'imprudence, ou même simplement de l'ignorance de la femme accusée. C'est assez que la justice ait à lutter contre l'ha-

bileté et l'éloquence des avocats, sans qu'elle ait encore à se défendre contre les présomptions dogmatiques des médecins, à qui elle ne demande que l'exposé lucide et l'explication vraie des faits qui serviront de base à ses jugements. Je ne veux pas insister; je fais remarquer seulement que si parmi les causes de mort auxquelles peut succomber le nouveau-né, et qui viennent d'être énumérées, il en est qui impliquent plus particulièrement l'omission des soins qui sont nécessaires à l'établissement et à la continuation de la vie intra-utérine, cette omission même peut être le résultat calculé d'une volonté criminelle, et qu'il n'y a aucune raison pour faire entre les divers procédés infanticides des distinctions qui n'existent ni physiquement ni moralement.

Je ne crois pas utile, à l'occasion de l'infanticide, de reprendre l'histoire générale de chaque genre de mort violente. Je me contenterai d'en retracer sommairement les traits principaux, en donnant tous mes soins à bien faire connaître ce qu'il y a de spécial pour chacun d'eux, lorsqu'on l'observe chez le nouveau-né, et en traitant avec tous les développements qu'elles comportent les questions subsidiaires très-nombreuses, et souvent très-graves, qui s'y rattachent.

MORT PAR SUFFOCATION.

La suffocation est de beaucoup le genre de mort le plus fréquent dans l'infanticide. Le nombre des nouveau-nés qui périssent étouffés est si considérable, que l'on ne peut s'empêcher de s'étonner que jusqu'à ces dernières années, ce procédé meurtrier ait été méconnu et complétement passé sous silence. On a vu par les chiffres que j'ai donnés qu'il forme un peu plus de la moitié des cas d'infanticide que j'ai observés. Aussi ai-je le droit de dire qu'en faisant connaître il y a douze ans, et en traçant pour la première fois les caractères de la mort par suffocation, j'ai restitué

à l'histoire médico-légale de l'infanticide un de ses éléments les plus importants. Les faits multipliés, qui, depuis cette époque, sont venus, soit dans la pratique de mes confrères, soit dans la mienne propre, s'ajouter à mes premières observations, les ont confirmées d'une manière si éclatante, que personne aujourd'hui ne peut songer à nier que la suffocation soit le moyen à l'aide duquel l'infanticide est le plus souvent consommé.

On sait qu'elle peut être pratiquée de différentes façons : soit directement par l'occlusion forcée des voies aériennes, c'est-à-dire l'application de la main sur l'ouverture de la bouche et des narines ou l'introduction d'un corps étranger, d'un tampon de linge ou de papier dans l'arrière-gorge ; soit par la compression suffisamment énergique et prolongée des parois de la poitrine et du ventre, ou encore par la privation d'air qui résulte de l'emprisonnement dans un espace confiné tel qu'une boîte, une armoire, une caisse trop étroite et complétement fermée, et enfin par l'enfouissement. Tels sont d'une manière générale les quatre modes de suffocation, très-différents quant au procédé d'exécution, mais aboutissant tous au même résultat, la privation d'air respirable, ce que les Anglais ont justement appelé l'*apnée*, par le fait d'un obstacle apporté à la continuation de la respiration chez le nouveau-né.

Pour peu qu'on y réfléchisse, on reconnaît que les circonstances matérielles qui répondent aux divers genres de suffocation que j'ai admis, n'impliquent pas toutes des violences directes pouvant laisser à l'extérieur des traces visibles. En effet, si on laisse de côté l'occlusion forcée des voies aériennes, dans laquelle les doigts et les ongles s'impriment autour du nez et de la bouche ; si l'on exclut encore la pression exercée sur la poitrine et le ventre par certains corps durs et rudes, il demeure constant qu'une pression opérée sur les mêmes parties par de larges sur-

faces molles et douces, comme un oreiller ou un matelas, peut agir sans produire aucune marque extérieure. A plus forte raison, la séquestration du nouveau-né vivant dans une armoire, dans une malle, dans un tiroir de commode, l'enfouissement même, pour peu qu'ils durent un certain temps, amènent nécessairement la mort sans laisser aucune trace apparente.

Ce ne sont pas là de pures hypothèses, c'est la réalité même. Et tant qu'on s'est borné à chercher des signes extérieurs de violences, on a forcément laissé échapper un nombre considérable de faits d'infanticide. L'histoire médico-légale de ce crime n'a pu être véritablement constituée que lorsqu'on a été en possession des signes caractéristiques de la mort par suffocation. Aussi ai-je quelque peine à comprendre que certains médecins légistes à l'étranger résistent encore, et veuillent nous ramener en arrière, à ce point de reproduire cette vieille erreur que la suffocation par une main meurtrière ne peut être reconnue et démontrée que lorsqu'on trouve des traces de violences à l'extérieur du cadavre.

Je reviendrai sur cette proposition qui ne résiste pas au contrôle des faits, et que démentent les propres observations de ceux qui la soutiennent ; dès à présent je tenais à protester contre une opinion que je ne cesserai de combattre comme fausse et surannée. Mais il convient auparavant de rappeler les caractères essentiels de la mort par suffocation.

Ils ne consistent pas dans des signes extérieurs qui ont une grande valeur quand ils existent, mais qui peuvent faire complétement défaut. C'est dans les organes respiratoires et circulatoires qu'il faut les chercher.

Chez les enfants nouveau-nés qui sont morts étouffés, les poumons, complétement pénétrés par l'air et qui surnagent à l'épreuve hydrostatique, présentent une couleur très-variable. Ils sont tantôt rosés et même assez pâles, tantôt

plus ou moins foncés, et parfois d'un rouge presque noir, suivant le degré de congestion dont ils sont le siége et très-probablement suivant que la mort a été plus ou moins rapide. L'engorgement est le plus souvent borné à la base et au bord postérieur.

Mais quels que soient la couleur et le degré de congestion sanguine, on voit à la surface des poumons de petites taches ponctuées très-régulièrement arrondies, d'un rouge très-foncé, presque noires, dont les dimensions varient, chez le nouveau-né, depuis celles d'une tête d'épingle jusqu'à celles d'un grain de chènevis. Ces taches sont disséminées sous la plèvre en nombre variable : tantôt réduit à cinq ou six, celui-ci peut s'élever jusqu'à trente ou quarante et devenir, dans certains cas, si considérable que le poumon offre l'apparence du granit. On les voit parfois réunies entre elles et agglomérées de manière à former des plaques et des espèces de marbrures. Dans tous les cas, elles sont très-exactement circonscrites, et leur contour très-arrêté se détache des parties voisines, et tranche plus ou moins fortement sur la teinte générale des poumons (*voy.* Pl. II, fig. 1). Leur siége n'est pas moins irrégulier que leur nombre : cependant on les trouve le plus souvent à la racine des poumons, à la base, et principalement sur le tranchant du bord inférieur. Ces taches ponctuées sont formées par de petits épanchements sanguins, de petites gouttelettes ecchymotiques sous-pleurales provenant de la rupture des vaisseaux les plus superficiels des poumons. Rarement on trouve en même temps des infiltrations limitées, et de véritables noyaux apoplectiques dans l'épaisseur même du tissu pulmonaire ; ces caractères anatomiques ont du reste l'avantage de persister tant que le tissu n'est pas détruit. J'ai retrouvé des ecchymoses sous-pleurales distinctes, après dix mois, sur les poumons d'un enfant nouveau-né dont le cadavre avait séjourné dans une fosse d'aisances.

Il est rare lorsque la suffocation est simple, il est très-commun au contraire lorsqu'elle est compliquée de strangulation, de voir à la surface des poumons quelques plaques d'emphysème produit par la rupture d'un petit nombre de vésicules pulmonaires. Cet emphysème, généralement peu étendu et peu considérable, n'occupe pas toujours les mêmes points que les ecchymoses sous-pleurales, mais dans quelques cas, cette double lésion est concentrée sur un même endroit des poumons et atteint un plus haut degré.

Pour terminer ce qui a trait à l'état des organes respiratoires, il convient d'ajouter qu'il existe souvent, mais non toujours, dans la trachée et dans les bronches, dont la couleur est tantôt pâle et tantôt très-foncée, suivant celle du poumon lui-même, une écume très-légèrement rosée, à bulles très-fines et généralement assez abondantes.

Les taches ponctuées ecchymotiques ne se rencontrent pas seulement sur les poumons chez les nouveau-nés morts par suffocation; il n'est pas rare d'en trouver à la surface du thymus, qui peut contenir en même temps de petits épanchements de sang dans son épaisseur. On en voit aussi presque constamment sous le péricarde, principalement à l'origine des gros vaisseaux, en tout semblables à celles qui existent sous la plèvre. L'état du cœur n'offre d'ailleurs rien de plus caractéristique. Le sang qui, dans le plus grand nombre des cas, reste complétement fluide, se présente cependant par exception à demi coagulé lorsque l'agonie a été très-prolongée et que l'accès de l'air n'a été qu'incomplétement et graduellement interrompu.

Enfin on retrouve encore sous les téguments du crâne des taches ecchymotiques ponctuées, de petits épanchements de sang coagulé, très-limités, disséminés sur la voûte crânienne, non dans l'épaisseur du cuir chevelu, mais dans le tissu cellulaire périostique, tout à fait distincts des bosses sanguines et des épanchements séro-sanguinolents qui se

forment naturellement pendant le travail de l'accouchement. Les conjonctives et les téguments de la face et du cou peuvent présenter une injection et un pointillé rouge plus ou moins marqués.

En résumé, les ecchymoses sous-pleurales, sous-péricardiques et sous-péricrâniennes constituent les lésions anatomiques vraiment caractéristiques de la mort par suffocation, et d'autant plus importantes qu'elles peuvent exister sans la moindre trace de violence à l'extérieur. La valeur de ce signe a été contestée; et plus je suis convaincu qu'elle est considérable, plus je dois m'attacher à l'établir sur des bases inattaquables et à la mettre au-dessus de toute atteinte : c'est ce que je vais faire.

Je n'ai pas besoin de la défendre contre un premier reproche, qui consiste à dire que les ecchymoses sous-séreuses ne se rencontrent pas d'une manière constante dans tous les cas où la mort a eu lieu par suffocation. C'est là une question d'observation et d'expérience. Il est certain qu'avant que l'attention des médecins légistes ait été appelée sur ce caractère, il a dû échapper aux meilleurs observateurs; et tous les faits négatifs antérieurs aux observations que j'ai publiées en 1855 doivent être considérés comme non avenus. J'en donnerai pour preuve un travail qui n'a paru qu'il y a peu de temps, mais qui est fait tout entier avec des observations anciennes. L'auteur, M. le docteur Toulmouche (de Rennes), est un médecin légiste très-expérimenté, très-fin, à la sagacité et au sens pratique de qui je me suis toujours plu à rendre hommage; il a vu un bon nombre de cas d'infanticides par suffocation, et l'on trouve dans son mémoire (1) d'excellentes remarques; mais on sent que le caractère essentiel vraiment décisif lui manque et rend ses conclusions moins sûres, moins nettes qu'elles pourraient

(1) Toulmouche, *Études sur l'infanticide et la grossesse cachée ou simulée* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1861, 2e série, t. XVI, p. 364).

l'être et qu'elles le seraient certainement aujourd'hui. Mais quelles qu'en soient l'origine et la date, les faits négatifs ne peuvent rien contre la valeur significative des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques dans la mort par suffocation. Il est certainement des cas dans lesquels elles peuvent être réduites à un très-petit nombre, et il est très-possible qu'il y en ait où elles manquent tout à fait. Ces cas, que je considère comme très-exceptionnels, et que l'on reconnaîtra du moins comme sans danger pour l'expertise médico-légale puisqu'ils conduiraient forcément à des conclusions négatives, ne sauraient infirmer les centaines de faits positifs où l'existence des ecchymoses a été constatée, soit par moi, soit par d'autres (1).

Ce qui serait grave, ce serait que l'expert pût se méprendre sur la cause de ces lésions ; et que celles-ci pouvant se produire dans des circonstances diverses et contraires, il ne fût pas possible de distinguer si elles appartiennent réellement à la suffocation. Or il est constant, je l'ai dit tout le premier et je n'ai aucun effort à faire pour le redire, que des ecchymoses peuvent se former sous la plèvre et sous le péricarde dans d'autres conditions que dans le cas de mort par suffocation. Je suis très-disposé à reconnaître que je n'ai peut-être pas assez insisté sur ces conditions; j'y reviens donc pour qu'il ne reste aucun doute sur ce point important, et pour qu'il soit enfin bien compris que si la valeur de ce signe n'est pas absolue, elle est néanmoins très-positive et très-grande, et que lorsqu'on peut l'interpréter avec rigueur, il mérite à tous égards la confiance des médecins légistes.

(1) Il me sera permis de me prévaloir de l'adhésion d'un des médecins légistes les plus expérimentés de notre pays, M. le docteur Dégranges (de Bordeaux), dont on lira avec fruit le récent mémoire publié sous ce titre : *Quelques mots sur les ecchymoses pleurales. Leur présence est-elle constante dans les morts amenées par un genre de suffocation ?* (*Gazette des hôpitaux* du 9 novembre 1867.)

Les ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques se montrent en dehors de la suffocation dans quelques maladies naturelles ou accidentelles, ou à la suite de violences, ou encore chez l'enfant né dans certaines conditions particulières. Je vais passer en revue ces différents cas et montrer que pour tous il y a des moyens sûrs de ne pas les confondre avec la suffocation, et que c'est pour n'avoir pas suffisamment observé ou réfléchi qu'on a cru trop facilement l'erreur et la confusion possibles. Ce sera la meilleure réponse à faire aux objections qui m'ont été adressées par quelques auteurs italiens et allemands, et qu'a reproduites, en leur donnant l'autorité de sa position et de son nom, le successeur de Casper, mon savant ami M. le professeur Liman, de Berlin (1), à qui j'ai promis d'ailleurs et à qui je me dois de répondre.

Les maladies spontanées dans lesquelles on rencontre des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques sont les affections hémorrhagiques en général, et spécialement le purpura, certaines formes graves des fièvres éruptives, les maladies pestilentielles, notamment le typhus et le choléra. Mais les caractères qu'offrent les ecchymoses, dans les cas qui viennent d'être rappelés, ne permettent pas de les confondre avec les taches ecchymotiques produites par la suffocation. Celles-ci considérées en elles-mêmes sont beaucoup plus petites, nettement circonscrites, très-régulièrement arrondies et formées par une gouttelette de sang coagulé. Les autres, au contraire, sont toujours irrégulières, plus larges, diffuses, constamment fluides et de teinte généralement violacée et livide. Mais en outre, les conditions dans lesquelles elles se sont formées, leur nombre, leur dispersion dans tous les organes, les hémorrhagies qui les ac-

(1) Liman, *Quelques remarques sur la mort par suffocation, par pendaison et par strangulation* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, 1867, t. XXVIII, p. 388).

compagnent, ne laissent véritablement pas place à l'erreur.

J'en dirai autant des empoisonnements dans lesquels, je l'ai dit certes assez haut (1), on trouve parfois des ecchymoses disséminées sous le péricarde et sous la plèvre, en même temps du reste que sous les autres séreuses, et notamment sous le péritoine, à la surface des viscères abdominaux : les empoisonnements par l'arsenic, par le phosphore, par le mercure, par la digitale, sont dans ce cas. Mais là encore la dissémination des taches, leur siége multiple, la concomitance des lésions abdominales, la présence fréquente d'infiltrations sanguines dans la muqueuse gastro-intestinale, les évacuations hémorrhagiques, fournissent des caractères distinctifs suffisants.

Il est un genre d'affection qui peut déterminer aussi, dans quelques cas, la formation d'ecchymoses dans diverses parties du corps, et notamment à la face, à la base du cou et à la partie antérieure de la poitrine, plus rarement dans les organes internes, à la surface du cœur et des poumons. Ce sont les affections convulsives, l'éclampsie, l'épilepsie, d'autant plus importantes à distinguer qu'elles empruntent quelquefois l'apparence d'une mort violente, et que le mécanisme de la formation des taches ecchymotiques peut être justement rapproché dans ces maladies de celui que l'on observe dans la mort par suffocation. J'en ai cité dans mon mémoire (2) un exemple singulier et des plus frappants qu'il n'est pas sans intérêt de reproduire ici.

Un horloger, âgé d'une cinquantaine d'années, est trouvé, à neuf heures du soir, étendu sans vie sur le plancher de sa chambre. Il n'avait pas paru depuis la veille au soir, et plusieurs personnes avaient en vain frappé à sa porte dans le cours de la journée, lorsqu'à six heures du soir on s'aperçoit

(1) A. Tardieu et Z. Roussin, *Étude médico-légale sur l'empoisonnement.* 1867.

(2) A. Tardieu, *loc. cit.*, p. 21.

avec étonnement qu'une effraction vient d'avoir lieu, et l'on découvre le cadavre, dont il était bien permis, dans ces circonstances, d'attribuer la mort à un crime. Chargés de l'autopsie M. le docteur Robertet et moi, nous ne trouvons aucune trace de violences extérieures, mais seulement à la base du cou et à la partie antérieure de la poitrine, un très-grand nombre de petites ecchymoses ponctuées analogues à des taches de purpura. Le cerveau est fortement congestionné ainsi que les deux poumons, sur lesquels n'existent pas de taches sous-pleurales. Ajoutons que la langue et la face interne des lèvres sont le siége de morsures profondes. La mort avait été manifestement déterminée par une double congestion cérébrale et pulmonaire consécutive à une attaque d'épilepsie, maladie dont cet homme, ainsi qu'on l'a su plus tard, était anciennement atteint. Des malfaiteurs le croyant absent s'étaient introduits dans son domicile avec l'intention de le voler, et avaient reculé devant ce cadavre dont le seul aspect, joint aux indices d'une effraction récente, pouvait si facilement faire naître l'idée d'un crime.

Dans le fait qui précède, il n'y avait pas d'ecchymoses sous-pleurales ni sous-péricardiques et il en est souvent ainsi chez les épileptiques; mais je ne nie pas que l'on puisse en rencontrer quelquefois, de même qu'il en existe, comme on vient de le voir, sur les téguments à la poitrine et au cou.

Les poisons que j'ai appelés névrosthéniques, la strychnine, l'acide prussique, ont été indiqués comme pouvant produire des extravasations sanguines sous les séreuses ou dans les organes circulatoires et respiratoires. Lors de mes premières expériences sur la mort par suffocation, j'avais fait périr par la strychnine, au milieu de convulsions violentes, un certain nombre d'animaux, et dans aucun cas je n'ai trouvé la moindre trace d'ecchymoses sous-pleurales; mais seulement un état de congestion très-irrégulier et partiel généralement peu considérable en raison de l'extrême ra-

pidité de la mort, et une fluidité constante du sang. Mes recherches plus récentes sur l'empoisonnement ont confirmé cette première donnée. On peut trouver chez les individus tués par la strychnine ou par l'acide cyanhydrique, sur les poumons et sur le cœur des suffusions sanguines, des congestions plus ou moins étendues, des foyers apoplectiques, mais non pas les taches ponctuées si nettes et si tranchées de la suffocation. Dans tous ces cas d'ailleurs et à la moindre hésitation, au moindre doute, on aurait pour recours l'analyse chimique et la découverte du poison, sans parler des symptômes et des lésions spéciales qui peuvent exister du côté des centres nerveux.

Mais c'est assez s'arrêter sur cette première catégorie de faits dans lesquels, en dehors de la suffocation, des ecchymoses se montrent dans les divers organes. On m'accordera peut-être que la confusion n'est guère possible sans une grande inattention ou une grande ignorance. Mais je le demande, en ce qui touche le nouveau-né et l'infanticide, y a-t-il un seul de ces cas qui, de près ou de loin, puisse l'atteindre et infirmer pour ce cas au moins, seul objet de cette étude, la valeur des ecchymoses sous-pleurales, sous-péricardiques et sous-péricrâniennes comme signe de la mort par suffocation ?

J'aborde le second ordre de faits, qui comprend plusieurs genres de mort violente, les uns voisins de la suffocation, les autres qui s'en éloignent en apparence plus qu'en réalité.

Pour les premiers si longtemps confondus à tort sous le nom générique d'asphyxie, la strangulation, la pendaison et la submersion, je les examinerai séparément comme il convient de le faire dès qu'on veut se placer au point de vue pratique de l'expertise médico-légale.

La strangulation, ainsi que je l'écrivais il y a douze ans, est le genre de mort qui se rapproche le plus par les caractères anatomiques de la suffocation ; mais il faut reconnaître

qu'il y aurait d'autant moins d'inconvénient à les confondre qu'elles ne constituent en réalité qu'un seul et même procédé criminel. J'ajoute que pour l'infanticide surtout, cette proposition est d'une incontestable évidence, à ce point que très-souvent les nouveau-nés sont à la fois étranglés et étouffés, et que l'on rencontre dans leurs organes des lésions mixtes qui appartiennent à l'un et à l'autre genre de mort. Ce n'est cependant pas une raison pour admettre une complète identité, et pour nier que la suffocation, en l'absence de toute trace de violence extérieure, soit nettement et suffisamment caractérisée par les ecchymoses sous-pleurales. On me permettra de compléter ce point, en citant les lignes suivantes extraites de mon mémoire sur la strangulation, qui résument clairement une opinion à laquelle je ne vois rien à changer, car elle est l'expression fidèle des faits et les contradictions n'y peuvent rien (1) : « Il y a entre l'un et l'autre genre de violences plus d'une analogie qu'on ne saurait méconnaître : l'aspect du cadavre, les taches ecchymotiques pointillées disséminées à la face, au cou, à la poitrine, les ecchymoses sous la conjonctive, l'écume abondante, fine et sanguinolente dans le larynx et dans la trachée, et même, dans certains cas, les épanchements circonscrits de sang sous le péricrâne. Mais si l'un des deux modes de violences a prédominé, tandis que l'autre est resté à l'état de tentative, on pourra trouver tantôt les signes extérieurs de l'un des deux genres de mort avec les lésions internes de l'autre, ou encore les traces de tous deux au cou et à la face avec des altérations uniques dans les organes respiratoires, suivant qu'en réalité la mort sera le résultat de la suffocation ou de la strangulation. Je répéterai en terminant ce que j'ai dit déjà quand j'ai tracé l'histoire de la suffocation. C'est que le rapprochement et même la confusion entre la strangulation et la suffocation seraient sans grand inconvénient et sans grand

(1) A. Tardieu, *Étude méd.-lég. sur la Strangulation*, Paris, 1859, p. 44.

danger; qu'il n'y a pas là, comme pour la pendaison, à prendre un suicide pour un homicide, et réciproquement; et qu'on ne peut se tromper que sur le mode particulier et les circonstances secondaires d'un meurtre avéré. » Combien ces remarques sont plus vraies encore si on les applique au meurtre du nouveau-né.

La pendaison n'a pas sa place marquée dans l'histoire de l'infanticide, et je n'en parle ici qu'incidemment et pour ne laisser sans réponse aucune des objections présentées contre la valeur des signes de la suffocation. Là encore je ne peux que répéter que je n'ai jamais observé chez les pendus, soit à la surface des poumons, soit sous les enveloppes du cœur et du crâne, ces épanchements circonscrits, ces taches caractéristiques que j'ai trouvés au contraire dans tous les modes de suffocation. Dans mes expériences, de quelque manière que j'aie varié la position du lien suspenseur, je n'ai pas observé dans les poumons autre chose qu'un engorgement sanguin très-général, sans ecchymoses à la surface, ni foyers apoplectiques, et accompagné parfois d'un emphysème circonscrit et d'écume dans la trachée; de telle sorte que, à part la fluidité du sang; la rupture de quelques vésicules pulmonaires, et plus rarement les spumosités des voies aériennes, les signes de la suffocation diffèrent essentiellement de ceux de la pendaison, et que l'existence des premiers constituerait une preuve tout à fait positive de violences et de tentatives criminelles d'étouffement dans les cas de suspension où l'on aurait à distinguer le suicide de l'homicide. Les autopsies que j'ai eu occasion de faire d'individus morts par pendaison ne m'ont pas montré autre chose. Et dans cette double rencontre de l'expérience et de l'observation, il m'est véritablement impossible d'admettre que les ecchymoses ponctuées sous le péricrâne, sous le péricarde et sous la plèvre appartiennent aussi bien à la pendaison qu'à la suffocation. Je ferai remarquer, en

effet, que je ne peux me rendre à de simples assertions, et que lorsque le professeur Liman (1) me dit : « J'ai vu dans » presque la moitié de toutes les asphyxies ces ecchymoses » sur les poumons et sur le cœur (du reste aussi quelquefois » sur les organes abdominaux); et je les ai vues sur des » pendus, des strangulés, même des noyés, quoique plus » rarement, » je suis en droit de lui demander les détails de chaque fait particulier, et que je ne suis nullement convaincu que les pendus, les strangulés et même les noyés n'aient pas été un peu étouffés ; ou que ce qu'il a pris pour les taches ecchymotiques ponctuées de la suffocation ne soient de simples suffusions sanguines ou des congestions et des apoplexies partielles. Je me défie malgré moi et je me rappelle involontairement ce cas rapporté par son illustre prédécesseur à l'Université de Berlin (2), où il s'agit d'un enfant qui meurt après avoir séjourné deux heures dans un tiroir de commode et où les experts allemands déclarent « que l'en- » fant était né à terme, avait vécu et était mort d'hypérémie » pulmonaire, mais que la cause n'était pas due à une vio- » lence extérieure, que le séjour dans la commode et les » lésions de la tête n'étaient pour rien dans cette fin fu- » neste. » Je me permets de trouver que nos confrères d'outre-Rhin sont bien difficiles en matière d'infanticide et surtout de suffocation, et je ne sais trop ce qu'il leur faut pour qu'ils admettent qu'un nouveau-né est mort étouffé. Et j'embarrasserais peut-être beaucoup M. le professeur Liman si je lui demandais à quelle cause il attribue la mort de ces nouveau-nés chez lesquels il avoue lui-même que ce signe est excessivement fréquent, à peu près dans les quatre cinquièmes des cas; et s'il croit en donner une explication bien claire à la justice de son pays, lorsqu'il ajoute que ces ecchy-

(1) Liman, *loc. cit.*, p. 390.
(2) Casper, *loc. cit.*, p. 556, *obs.* 374.

moses sont dues au peu de résistance des vaisseaux capillaires, soit que l'asphyxie ait eu lieu avant, pendant ou après la naissance. Enfin, quand il invoque contre cette preuve d'une suffocation violente le témoignage de tous les médecins d'établissements d'accouchement, je me permets de lui répondre que dans le service d'accouchement que j'ai l'honneur de diriger à l'Hôtel-Dieu, et, je ne crains pas de le dire, il en est du mien comme des autres, nous ne trouvons d'ecchymoses sous-pleurales que rarement et dans les cas seulement où la mère a plus ou moins accidentellement étouffé l'enfant qu'elle allaite, ou bien encore chez les enfants nés dans les conditions particulières que je signalerai bientôt.

Je n'ai que peu de mots à ajouter relativement à la submersion. Des différences plus considérables encore la distinguent de la suffocation. L'état des poumons chez les noyés est tout à fait l'opposé de celui que l'on constate chez les individus étouffés. La congestion et l'engouement sanguin y sont considérables et occupent toute l'étendue des organes. Et si l'on trouve parfois à leur surface des marbrures, des taches formées par des suffusions sanguines, celles-ci n'ont aucune ressemblance avec les taches ecchymotiques ponctuées, arrondies, circonscrites, tranchant sur la couleur générale des poumons, caractère de la mort par suffocation qui conserve toute sa valeur même sur des cadavres retirés de l'eau.

Mais il est un dernier genre de mort violente dont personne n'a encore parlé et qui s'accompagne souvent de la formation d'ecchymoses sous la plèvre et sous le péricarde, c'est l'écrasement et la précipitation d'un lieu élevé. Qu'il y ait fracture des côtes ou rupture du diaphragme, ou lésion du cordon rachidien, le trouble profond qui en résulte dans les phénomènes mécaniques de la respiration et dans les mouvements inspirateurs, amène des efforts infructueux, une sorte de lutte du blessé qui ne peut respirer et qui se

trouve dans des conditions tout à fait analogues à celui qui meurt étouffé. L'obstacle n'est plus alors à l'entrée des voies aériennes, il est dans l'inertie des agents de l'inspiration. J'ai recueilli dans ces dernières années plusieurs exemples qui m'ont clairement démontré ce fait. Mais on reconnaîtra qu'il n'est pas de nature à embarrasser beaucoup un expert, et que les lésions multiples que produisent l'écrasement ou la chute d'un lieu élevé, tiennent ici le premier rang, et ne permettent pas, quelle que soit la similitude des taches sous-pleurales et sous-péricardiques qui existent dans l'un et l'autre cas, de penser à une mort par suffocation. Chez le nouveau-né cependant, où la connexité des deux procédés meurtriers pourrait être plus facilement admise, et pour les cas d'infanticide où un enfant, après avoir été en partie étouffé, aurait pu être jeté par-dessus un mur ou écrasé sous le talon ou sous une pierre, il faudrait, sauf à laisser dans l'ombre une partie de la vérité, s'abstenir de conclure à la suffocation. J'appelle l'attention sur ce fait possible et non encore signalé, et sur la restriction qu'il impose dans la pratique en ce qui touche la signification des ecchymoses sous-pleurales.

Il en est une plus importante encore que j'avais déjà eu le soin de faire dès mes premières recherches, et qui semble avoir passé inaperçue. Je l'avais pourtant signalée comme une particularité tout à fait exceptionnelle, mais très-digne de remarque. Elle concerne exclusivement les nouveau-nés, c'est pourquoi il convient d'y insister plus spécialement et plus fortement encore dans cette étude. J'en ai d'ailleurs déjà dit un mot en parlant des cas dans lesquels des enfants nés vivants, vivent pendant un certain temps et meurent sans avoir respiré. Chez ces enfants débiles, nés avant terme ou mal conformés, ou profondement atteints par la longueur et les difficultés du travail de la naissance, les poumons soumis à la docimasie hydrostatique ne surnagent

pas et sont restés complétement à l'état fœtal, ou n'ont été que très-incomplétement distendus par l'air; et néanmoins ils présentent à leur surface un certain nombre de taches ecchymotiques sous-pleurales, en tout semblables à celles que produit la suffocation. Je cherchais à rendre compte de ces faits par la faiblesse même des nouveau-nés qui constitue alors le véritable obstacle à l'entrée de l'air; et il me paraissait légitime de rapporter à cette cause générale les lésions que l'on rencontre simultanément, chez les nouveau-nés incapables de respirer, chez les individus écrasés et chez ceux qui périssent étouffés. Mais au point de vue de la médecine légale pratique, y a-t-il là une cause d'erreur et un motif de refuser toute valeur aux taches ponctuées ecchymotiques du poumon, comme signes de l'infanticide par suffocation? Nullement : car il faut avant tout, pour démontrer le meurtre du nouveau-né, établir qu'il est né vivant et qu'il a vécu réellement; et en ce qui concerne les poumons, qu'ils ont été pénétrés par l'air et qu'ils surnagent quand on les plonge entiers ou divisés par fragments et que l'on comprime dans un vase rempli d'eau. Mais « toutes les fois, ce sont les propres termes dont je me suis servi dès le principe, que l'on trouvera les ecchymoses sous-pleurales sur des poumons qui, bien qu'appartenant à des sujets nés vivants, n'auront pas respiré, on se gardera d'admettre des violences criminelles, tandis que la lésion conservera toute sa signification, lorsqu'elle siégera sur des poumons que l'air aura manifestement pénétrés. » Ces remarques s'appliquent à bien plus forte raison à ces cas, à coup sûr fort singuliers et vraiment exceptionnels, dans lesquels quelques observateurs allemands, Hecker notamment et Hoogeweg, cités par Casper (1), auraient trouvé des taches ecchymotiques sur les poumons ou sur le cœur de

(1) Casper, *loc. cit.*, p. 324.

fœtus très-certainement morts avant leur naissance, et pour qui la formation des ecchymoses s'explique par la mort antérieure de la mère, ou par un trouble apporté à la circulation placentaire, contre lequel luttent les fœtus qui périssent, comme le dit très-justement Casper, « suffoqués en » faisant des efforts instinctifs dans l'utérus ». Mais chez eux également on trouve les poumons à l'état fœtal, ils n'ont pas respiré et ne présentent aucune chance d'erreur à l'esprit.

Je n'ai rien à ajouter et j'espère qu'il ne reste rien des doutes et des objections qui auraient eu pour résultat de nous rejeter dans les ténèbres et d'enlever à la médecine légale pratique l'un des meilleurs éléments de preuve et de certitude dont elle puisse disposer. Je me crois en droit de conclure, comme je l'ai fait à une époque où j'étais loin de posséder l'expérience que j'ai aujourd'hui et la masse de faits sur laquelle elle se fonde. Aussi, rapportant à l'infanticide les signes généraux de la mort par suffocation, je répète de nouveau, avec une ferme et absolue conviction, que, sous le bénéfice des réserves que je viens de faire, la seule présence des altérations qui ont été décrites, et notamment des extravasations sanguines disséminées sous la plèvre et sous le cuir chevelu, à quelque degré et en si petit nombre que ce soit, suffit pour démontrer, d'une manière positive, que la suffocation est bien, en réalité, la cause de la mort. A ces lésions viennent s'ajouter souvent, mais d'une manière moins constante, les taches ecchymotiques sous le péricarde, la rupture de quelques vésicules pulmonaires superficielles, et la présence d'écume fine, blanche ou légèrement rosée dans les voies aériennes; ainsi que les diverses traces extérieures de violences, telles que l'aplatissement du nez et des lèvres, l'excoriation de la face, la dépression ou l'écrasement des parois de la poitrine et du ventre.

La multiplicité et l'étendue de ces différentes lésions peu-

vent, jusqu'à un certain point, mesurer sinon la durée, du moins l'énergie de la résistance opposée par ceux qui sont morts étouffés. Il est juste dans cette appréciation des circonstances de la mort, et notamment de sa plus ou moins grande rapidité, de tenir compte de la constitution et de la force de la victime, et du mode suivant lequel a été opérée la suffocation. C'est ce mode particulier que nous devons maintenant étudier d'une manière spéciale dans l'infanticide.

Infanticide par occlusion forcée des voies aériennes. — L'occlusion directe et forcée des voies aériennes est le plus fréquent des modes de suffocation employés dans le meurtre du nouveau-né. Elle a lieu le plus souvent à l'aide des doigts fortement appliqués à l'orifice des narines ou du nez, et l'on comprend qu'une telle manœuvre serve aisément les projets infanticides. D'autres fois un corps étranger, un voile plus ou moins épais, est appliqué à l'entrée des voies aériennes, ou même plus ou moins profondément dans l'arrière-gorge. Tous ces procédés, il est facile de le concevoir, donnent le plus ordinairement lieu à quelques blessures locales extérieures, qui sont comme un indice accusateur et une première trace de la violence : la déformation persistante, l'aplatissement du nez et des lèvres, l'excoriation de ces parties, l'empreinte des doigts ou des ongles, les stigmates que peuvent laisser les étoffes ou les linges appliqués sous forme de tampon ou de bandeau. Aussi, quand on examine le cadavre d'enfants étouffés de cette manière, trouve-t-on presque constamment ces traces. Elles s'y impriment d'autant plus aisément que l'exiguïté des parties du nouveau-né exige, pour que la clôture du nez et de la bouche soit hermétique, une application non de la main tout entière, comme on le ferait pour un adulte, mais de l'extrémité des doigts. Il importe de ne pas se contenter d'une simple inspection, En effet, si les excoriations

curvilignes que produit l'empreinte des ongles sont faciles à reconnaître, il n'en est pas toujours ainsi des ecchymoses. La teinte bleuâtre que prennent aisément et très-vite l'extrémité du nez et les lèvres sur le petit cadavre, peuvent induire en erreur, si l'on n'a soin de s'assurer, par l'incision de la peau et du tissu cellulaire, de la présence du sang extravasé.

Il convient aussi de tenir grand compte de l'aplatissement forcé et persistant de l'extrémité du nez. Cet aplatissement n'est pas un phénomène cadavérique. Si on laisse un cadavre reposer sur la face, certainement le nez et les lèvres s'aplatiront, mais si, après que le corps a été replacé sur le dos, on ramène les parties à l'état naturel, elles reprennent leur forme sans difficulté. Au contraire, si une pression très-forte a été exercée durant la vie sur la portion cartilagineuse, la déformation résiste et ne s'efface pas, quelle que soit la position donnée au cadavre.

L'occlusion des voies aériennes par introduction forcée dans l'arrière-gorge d'un corps étranger appartient presque exclusivement à l'infanticide. C'est un des procédés les plus insidieux, et qui peut le plus facilement échapper à l'expert, s'il n'est pas suffisamment averti par la connaissance des lésions pulmonaires, et s'il ne s'est pas fait une loi de pousser toujours ses investigations jusque dans les parties les plus cachées, et de ne laisser dans une autopsie judiciaire aucun repli inexploré. On ne constate pas à première vue chez le nouveau-né l'existence d'un corps étranger dans l'arrière-gorge; il faut, pour le découvrir, inciser largement de chaque côté en prolongeant la commissure des lèvres, et ce n'est qu'après avoir fortement abaissé la mâchoire que l'on trouve au fond du pharynx et quelquefois jusque sur l'épiglotte, un tampon de linge ou de papier, ou tout autre objet.

La brutalité avec laquelle a été introduit ce corps étran-

ger, a produit généralement le froissement, la contusion, parfois la déchirure de la membrane muqueuse, soit dans la cavité buccale, soit dans l'arrière-gorge, et l'on y voit des ecchymoses ou de petites plaies linéaires.

Il faut rapprocher du mode de suffocation, dont il s'agit en ce moment, l'enveloppement du corps du nouveau-né, et en particulier l'enveloppement de la tête, d'où résulte nécessairement l'occlusion des voies aériennes, occlusion, non pas directe et hermétique, mais très-suffisante, si peu qu'elle se prolonge, pour amener la mort par suffocation, Envelopper le corps de l'enfant qui vient de naître et que l'on déclare ou que l'on croit mort, semble une pratique bien innocente, et cependant ce linceul anticipé est l'unique cause de la mort. Il peut arriver que l'infanticide soit ici le résultat seulement de l'imprudence, et que des enfants nés en état de mort apparente soient ainsi ensevelis et abandonnés encore vivants. Le fait a été constaté plus d'une fois à Paris dans le service d'inspection de la vérification des décès. Ces enfants, s'ils n'avaient été découverts à temps, étaient voués à une mort certaine. Aussi est-ce un moyen dont le crime peut aisément s'emparer, et qui ne laissant d'ordinaire aucune trace apparente à l'extérieur, ne peut être décelé que par l'examen attentif des poumons sur lesquels on trouvera les preuves d'une respiration complète en même temps que les signes de la suffocation, qui l'a brusquement interrompue. Dans certains cas pourtant les linges dans lesquels la tête a été enveloppée ont été étroitement appliqués et fixés autour du cou par un lien. L'intention criminelle est dans ce cas bien manifeste, et l'enfant périt à la fois étranglé et étouffé.

Dans tous ces cas, où la suffocation résulte de l'occlusion directe des voies aériennes, les lésions caractéristiques de ce genre de mort sont ordinairement très-tranchées. On trouve les poumons plutôt pâles et exsangues que fortement engoués; les taches ponctuées de dimensions varia-

bles, très-nombreuses, très-irrégulièrement distribuées, confluentes dans certains points, et offrant un contraste frappant, par leur couleur presque noire, avec la teinte d'un blanc très-faiblement rosé des parties voisines. Les autres lésions, telles que rupture des vésicules pulmonaires, écume dans la trachée, épanchements péricrâniens et péricardiques, sont relativement beaucoup plus rares que dans les autres modes de suffocation. Mais il est à remarquer que dans les faits de cette catégorie la mort survient en général très-rapidement.

L'infanticide par occlusion des voies aériennes provoque presque inévitablement, soit dans le cours de l'instruction judiciaire, soit le plus souvent au milieu des débats de la Cour d'assises, la question suivante, à laquelle l'expert doit être prêt à répondre : *L'enfant peut-il avoir été étouffé accidentellement par suite de la position qu'il aurait prise au moment de la naissance ?* Cette hypothèse de la suffocation accidentelle est un des moyens de défense les plus usités. La femme prétend avoir perdu connaissance au moment de l'accouchement, et croit se justifier en disant que son enfant a pu rester sur le lit, la face contre le matelas, les narines et la bouche ainsi fermées à l'entrée de l'air, et même, ajoute-t-on parfois, obstruées par les matières et le sang qui s'échappent des parties de la femme.

Tout cela est matériellement possible ; mais il faudrait, pour que l'enfant succombât dans de telles conditions, que cette position se prolongeât beaucoup, et que l'enfant chez lequel s'éveillent au seuil même de la vie le besoin de vivre et l'instinct de la conservation, ne sût pas d'instinct tourner et dégager sa tête de manière à pouvoir crier et respirer. Il faudrait surtout, ce qui est incompatible avec le prétendu défaut de conscience de la mère, que le cordon fût rompu ; car tant que l'enfant reste attaché au placenta encore adhérent à la matrice, ce qui est le cas que l'on suppose, il n'a

nul besoin de respirer et vit par la circulation maternelle, même quand, après sa sortie de la cavité utérine, l'occlusion du nez et la bouche, appliqués contre le matelas, serait complète. Enfin, et cet argument péremptoire s'applique à tous les cas dans lesquels la mort aurait eu lieu pendant l'accouchement, les poumons n'auraient pas été pénétrés par l'air, ils se présenteraient avec tous les caractères de l'état fœtal, et l'on ne pourrait les confondre avec les poumons complétement dilatés par l'air sur lesquels seuls peuvent se voir les traces de la mort par suffocation.

En sorte que si, dans un cas où l'expert a trouvé des ecchymoses sous-pleurales sur les poumons ayant manifestement et complétement respiré, on vient arguer d'une circonstance fortuite telle que la position vicieuse prise par l'enfant à sa sortie des organes de la mère, il peut répondre victorieusement et en toute assurance : Cet enfant ayant respiré complétement, n'a pas pu se trouver dans la situation que l'on suppose, il n'a pu s'étouffer lui-même par la manière dont la bouche et le nez étaient placés au moment de la naissance. L'hypothèse tombe devant le seul examen des poumons.

Infanticide par compression des parois de la poitrine et du ventre. — Le corps du nouveau-né est souvent caché entre deux matelas, ou sous les oreillers, ou sous un monceau de vêtements, par la mère qui se hâte ainsi de cacher sa naissance et d'étouffer ses cris. La suffocation ne tarde pas à le faire périr à la fois par occlusion des voies aériennes et par la compression des parois de la poitrine et du ventre, D'autres fois c'est en le couchant auprès d'elle et en pesant sur lui du poids de son propre corps ou d'un de ses membres seulement que la mère, quelquefois sans doute involontairement, mais souvent aussi par un dessein criminel, détermine la suffocation. Car l'interruption complète, brusque ou prolongée des phénomènes mécaniques de la

respiration amène nécessairement la mort, alors même que l'orifice des voies respiratoires reste accessible à l'air. Les exemples de ce dernier genre de suffocation ne sont pas très-rares dans les établissements hospitaliers et semblent parfois se propager par imitation dans les services d'accouchement. Certaines femmes paraissent s'être fait une habitude de ce moyen facile de se soustraire aux charges de la maternité.

Les parois thoraciques et abdominales gardent rarement l'empreinte d'une compression qui a le plus souvent agi par une large surface. J'ai vu cependant plus d'une fois sur des nouveau-nés et sur des enfants à la mamelle étouffés par le poids du bras ou de quelque autre partie du corps de la nourrice ou de la mère, des traces manifestes consistant en une dépression très-apparente et toute locale du point qui avait été principalement comprimé. Mais à défaut de traces extérieures on trouve constamment dans ces cas les ecchymoses sous la plèvre, sous le péricrâne et sous le péricarde, qui caractérisent la mort par suffocation. Casper, qui en cite de nombreux exemples (1), a vu une fois, chez un enfant de six jours mort de cette manière, un sillon de sang coagulé dans la trachée, de 2 millimètres d'épaisseur, et une véritable hémorrhagie cérébrale accompagnant les lésions pulmonaires.

De même que nous avons vu l'occlusion directe des voies aériennes attribuée à une cause accidentelle dans la défense des femmes accusées d'infanticide, de même il n'est pas rare que l'expert soit invité à s'expliquer sur la question de savoir si la suffocation par compression des parois de la poitrine ou du ventre ne peut pas résulter des difficultés naturelles du travail de l'accouchement. En d'autres termes, l'*enfant n'a-t-il pas pu être étouffé au passage ?*

(1) Casper, *loc. cit.* p. 337, *obs.* 233 à 241.

A cette question il n'a pas à faire d'autre réponse que celle que j'ai déjà examinée pour l'occlusion directe des voies aériennes; c'est dire qu'il n'y a qu'à rappeler quel est l'état des poumons, et à opposer la dilatation complète des vésicules pulmonaires, preuve d'une respiration complète, à la supposition de la mort de l'enfant pendant le travail et même au dernier période de l'accouchement, époque où il n'a pas encore respiré complétement. D'ailleurs ici l'hypothèse repose sur une erreur et sur une impossibilité de fait. Les enfants qui périssent pendant le travail ne meurent pas par suffocation, mais par compression du cordon et arrêt de la circulation. Il n'est donc permis, à aucun point de vue, de rapprocher ces faits de ceux dans lesquels l'enfant est mort étouffé par la compression des parois de la poitrine et du ventre.

Infanticide par séquestration dans un espace confiné.— L'enfant nouveau-né que l'on enferme dans une malle, dans un tiroir de commode, dans un placard d'armoire, dans un panier, dans une boîte, ainsi que je l'ai vu tant de fois, ne peut manquer de mourir étouffé, pour peu que le séjour dans cet espace étroit, où l'air ne peut se renouveler, se prolonge un certain temps. On a vu des enfants résister plusieurs heures à cette séquestration forcée, et ne succomber que quelque temps après en avoir été retirés. Mais la mort arrive inévitablement, plus rapide ou plus lente, suivant que l'espace où l'enfant a été placé est plus ou moins rétréci, et plus ou moins hermétiquement fermé.

Il ne faut pas, dans ce genre de suffocation, compter sur les signes tirés de l'état extérieur du cadavre; cela est de toute évidence. Mais les signes fournis par l'examen des organes internes n'en ont que plus de valeur. Ils peuvent, dans ces cas où la mort s'est fait attendre, revêtir des formes très-remarquables et vraiment caractéristiques que j'avais notées déjà dans mes expériences sur des animaux

que je faisais périr en les enfermant dans une boîte matelassée dont la capacité ne dépassait pas deux ou trois fois le volume de leur corps, et qui succombaient au bout d'une heure et demie à deux heures, avec tous les signes de la suffocation. Les poumons, outre les taches ecchymotiques ponctuées, disséminées sous la plèvre, peuvent présenter des noyaux nombreux d'apoplexie à la surface et dans l'épaisseur de leur tissu, et, dans quelques points, des bulles d'emphysème.

Infanticide par enfouissement. — L'enfouissement, comme mode de suffocation, appartient exclusivement à l'infanticide. On n'enterre pas vivant un adulte, on peut enterrer vivant un nouveau-né. Les exemples ne sont pas rares d'infanticides commis par ce moyen. J'ai vu bien des cas, dans lesquels des nouveau-nés avaient été enfouis vivants dans un tas de fumier, de sable, ou de feuilles sèches, dans des cendres, dans un tonneau rempli de son ou de remoulage. Et dans tous ces cas, la mort, survenue après un temps variable, s'accompagnait des lésions caractéristiques de la suffocation.

La question qui domine, dans les cas où il y a eu enfouissement du corps du nouveau-né, est celle de savoir *s'il a été enfoui vivant ou mort*. Des recherches nombreuses ont été entreprises en vue d'éclairer cette question : mais les auteurs qui s'y sont livrés se sont presque exclusivement attachés aux caractères tirés de la pénétration plus ou moins complète dans les voies aériennes et digestives de la matière au sein de laquelle avait séjourné le cadavre, cherchant ainsi une analogie que l'on ne saurait méconnaître entre l'enfouissement et la submersion ; mais en même temps ils négligent les caractères fondamentaux de la mort par suffocation, qui constituent la base nécessaire de toute recherche médico-légale appliquée aux cas de cette nature.

Or ces caractères ne font pas défaut ; je les ai constatés

sous leur forme la plus tranchée, sur plusieurs enfants nouveau-nés. L'emphysème à son plus haut degré ; l'écume sanguinolente dans les voies aériennes ; les épanchements de sang disséminés en grand nombre, sous la plèvre, à la surface des poumons et sur le crâne ; la fluidité du sang ; tous ces signes évidents se sont montrés réunis dans ces cas, sans autre trace extérieure que la souillure du corps par l'enduit terreux ou pulvérulent provenant du lieu où il avait été enfoui. Ils n'ont été ni moins constants ni moins caractéristiques chez des cabiais que j'ai enterrés vivants ou enfouis dans une boîte hermétiquement fermée et remplie de son.

Mais si ce mode de suffocation ne diffère pas essentiellement des autres, il offre certaines conditions spéciales qui peuvent fournir des signes particuliers qu'il n'est pas inutile d'apprécier à leur juste valeur. Je rappellerai d'abord à ce sujet, d'une manière succincte, le petit nombre de faits que la science possède.

Un médecin hollandais, M. F. J. Matthysen (1), a fait quelques recherches expérimentales sur de jeunes chats et sur des lapins dans le but d'éclairer la question de savoir : si un enfant nouveau-né qu'on trouve enfoui dans la terre ou dans les cendres y a été enfoui mort ou vivant. Il est arrivé à ces conclusions : que chez l'animal qui n'a été enfoui qu'après la mort, la matière pulvérulente peut pénétrer dans la bouche, le pharynx et le larynx ; mais pour qu'elle aille au delà, et notamment dans l'estomac et les intestins, il faut nécessairement que l'enfouissement ait eu lieu avant la mort, et que l'animal vivant ait pu opérer des mouvements de déglutition.

Ces expériences ont été répétées, en 1851, par M. le doc-

(1) F. J. Matthysen, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.* Paris, 1843, t. XXX, p. 225.

teur Bérenguier (1), à l'occasion d'un cas dans lequel un enfant nouveau-né avait été enfoui dans un vase rempli de cendres. Par malheur, pour tout ce qui touche aux lésions produites par la suffocation, les recherches de cet observateur laissent à désirer ; mais elles n'en sont pas moins très-dignes d'intérêt à cet autre point de vue, à savoir, de quelle valeur peut être, comme signe de l'état de vie ou de mort de l'individu enfoui, l'introduction plus ou moins complète de la matière pulvérulente dans les voies aériennes et digestives. Quatre petits chiens, enfouis dans la cendre trois heures après leur naissance, ont survécu quinze heures : les cendres avaient pénétré jusqu'au milieu de l'œsophage ; les fosses nasales et le pharynx en étaient farcis. Il ne s'en est pas glissé un atome dans la trachée ; elles s'étaient arrêtées d'une manière nette et bien tranchée tout autour de l'entrée de la glotte. Des essais comparatifs ont été faits avec d'autres substances réduites en poussière, telles que du plâtre et de la farine, qui ont pénétré moins loin, à cause de leur agglutination dans la bouche et l'arrière-bouche. Je dois à l'obligeance d'un ancien interne fort distingué des hôpitaux de Paris, en possession et très-digne de la confiance du tribunal d'Évreux, M. le docteur Bidault, la communication d'un fait analogue à celui du docteur Bérenguier.

A ces faits — je n'ai voulu parler que de ceux qui concernent le nouveau-né et se rattachent à l'infanticide — viennent s'ajouter mes propres observations. Chez un enfant dont j'ai fait l'autopsie le 16 janvier 1854, tout le corps était enduit de cendres ; les narines et les lèvres en étaient obstruées, la bouche remplie. On trouvait la poussière dans toute la longueur de l'œsophage et jusque dans l'estomac, où des

(1) Bérenguier, *Mémoire sur l'infanticide par l'immersion de l'enfant dans les matières pulvérulentes* (*Journal de médecine de Toulouse*, août 1851).

parcelles de cendres sont mêlées à des mucosités épaisses. Du côté des voies aériennes, la cendre n'a pas pénétré au delà de l'épiglotte ; il n'en existe ni dans le larynx ni dans la trachée, où l'on trouve seulement de l'écume sanguinolente. Les autres organes portent les traces caractéristiques de la mort par suffocation.

Dans un autre cas, où l'enfouissement avait eu lieu dans un tas de fumier, on trouvait des détritus verdâtres bien reconnaissables dans la bouche et dans l'estomac.

Enfin, sur un enfant nouveau-né trouvé au mois d'octobre 1854, dans un tonneau rempli de remoulage, où la mère avouait l'avoir enfoui vivant, les narines et la bouche étaient remplies par la poussière qui ne pénétrait pas dans les voies digestives au delà de l'isthme du gosier. La trachée contenait une petite quantité de liquide sanguinolent non spumeux et quelques petits grains de poussière semblable à celle qui enduisait le corps. Les signes de la mort par suffocation n'étaient pas moins tranchés que chez les précédents.

Les expériences que j'ai entreprises sur les animaux, en vue de ce point spécial de la question, ont confirmé de la manière la plus complète les faits qui viennent d'être rappelés. Dix lapins et cabiais vivants ont été enfouis dans du son ou dans la terre ; six l'ont été de même après avoir été tués par hémorrhagie. Pour le premier groupe, la mort s'est fait attendre en général pendant un temps très-long, et l'on peut, en comparant entre eux les différents genres de mort, remarquer que l'enfouissement est de tous les modes de suffocation celui dans lequel la mort survient le plus lentement. En effet, des enfants nouveau-nés, enfouis peu de temps après leur naissance, ont pu être retirés vivants, l'un au dire du docteur Marcelin, cité par M. Bardinet, l'autre, suivant Maschka (1), après quatre ou cinq heures de sé-

(1) Voyez les mémoires déjà cités (*Bull. de l'Acad. imp. de méd.*, t. XXX.)

jour dans une fosse sous une couche de terre de 25 à 30 centimètres. J'ai trouvé chez ces animaux, enterrés vivants, la poussière, le sable, les graviers emplissant la bouche et les narines jusqu'à la base de la langue. Dans le plus grand nombre des cas, ces matières n'avaient pénétré ni dans l'œsophage ni dans la trachée. Une fois seulement l'estomac était distendu par une énorme masse de son, sur laquelle ses parois s'étaient moulées. Pour le deuxième groupe, la terre n'avait pas dépassé l'entrée des narines et de la bouche ; elle imprégnait fortement les dents. Mais on n'en trouvait ni dans la cavité buccale, ni dans l'arrière-gorge, jamais non plus dans l'œsophage ni dans l'estomac. Dans un cas cependant, j'ai retrouvé quelques parcelles de cendre dans le larynx et dans la trachée d'un lapin enfoui dans une caisse pleine de cendres plusieurs heures après la mort.

Si la pénétration dans l'estomac des matières au milieu desquelles le corps a été enfoui, ne permet pas de douter que l'enfouissement ait eu lieu pendant la vie, en est-il de même de la pénétration de ces matières dans les voies aériennes? Incontestablement non. Mais à cet égard, il importe d'établir une distinction qui a échappé à tous les auteurs et qui explique leurs contradictions.

La pénétration des matières solides et pulvérulentes dans les voies aériennes n'a pas la même signification, selon que le corps est resté enfoui peu ou beaucoup de temps. Dans ce dernier cas, plus la matière sera ténue et légère, après plusieurs jours d'enfouissement et d'autant plus que celui-ci aura duré davantage, on peut retrouver de ces matières jusque dans les ramifications bronchiques, même lorsque le corps n'a été enfoui qu'après avoir cessé de vivre. La pénétration dans les voies aériennes n'est donc pas par elle-même un signe positif d'enfouissement pendant la vie.

Mais si l'enfouissement n'a duré que très-peu de temps, et que l'on trouve dans les voies respiratoires, et jusque

dans les dernières bronches, une certaine quantité des matières dans lesquelles l'enfant a été plongé, celles-ci ne peuvent en si peu de temps y avoir été portées que par un effort inspirateur qui n'est conciliable qu'avec la vie.

Les belles expériences du Comité de Londres, que j'ai publiées et commentées (1), sur la mort par privation d'air, par ce que les savants anglais ont si bien nommé l'apnée, mettent ce fait hors de doute. Dans un bain de mercure, de plâtre, de matières gypseuses délayées, on a plongé la tête seulement de divers animaux qui sont morts plus ou moins rapidement, et l'on a vu qu'une certaine quantité de ces matières, des gouttelettes même de mercure avaient pénétré très-loin dans les voies respiratoires, contrairement à l'action de la pesanteur, la tête étant en bas, et par conséquent à l'aide de puissants efforts d'inspiration. C'est là, pour moi, une véritable mort par suffocation, tout à fait analogue à l'enfouissement, et qui prouve que durant les premiers temps de l'enfouissement, le nouveau-né, et tout être enterré vivant, peut par de fortes inspirations faire pénétrer les matières pulvérulentes au sein desquelles il est enfoui dans les voies aériennes, aussi bien qu'il peut, par la déglutition, les introduire dans l'œsophage et dans l'estomac.

Il faut cependant reconnaître qu'il y a dans l'enfouissement une condition qui manque dans l'expérience que je viens de citer, et dont l'importance ne saurait être niée. Je veux parler de la pression considérable exercée sur le corps, sur le ventre, sur la poitrine en même temps que sur les orifices des voies aériennes par la masse dans laquelle il est enfoui. Il n'est pas impossible que cette circonstance prédomine

(1) Tardieu, *Nouvelle étude médico-légale sur la submersion et la suffocation à l'occasion des expériences de la Société médico-chirurgicale de Londres* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, Paris, 1863, 2e série, t. XIX).

dans ce procédé complexe de suffocation. Il est certain, dans tous les cas, que la gêne qu'éprouvent les muscles respirateurs sous le poids qui les opprime, doit singulièrement affaiblir la force de l'inspiration si elle ne la paralyse pas complétement; et que si l'on doit admettre comme possible la pénétration dans les bronches des matières pulvérulentes dans lesquelles le corps a été enfoui vivant, le fait reste exceptionnel en raison de l'abolition des mouvements respiratoires. Tandis qu'au contraire sur le cadavre, par le simple effet de la pesanteur et du mouvement insensible mais continu qui s'opère dans le terrain, même le moins meuble en apparence, la pénétration s'opère lentement et peu à peu à travers les orifices relâchés et béants des conduits aériens; tout comme on voit sous le sol un tuyau inerte s'ensabler avec le temps. Dans de telles conditions, on le comprend, la présence des matières dans les dernières ramifications bronchiques ne prouve nullement que le corps a été enfoui vivant.

En résumé, dans les cas d'enfouissement, outre les signes caractéristiques communs à tous les modes de suffocation, on peut regarder comme constant que l'enfouissement a eu lieu pendant la vie, si la matière dans laquelle le corps a été enfoui a pénétré jusque dans l'œsophage et dans l'estomac. Dans les cas, au contraire, où l'enfouissement n'a été opéré qu'après la mort, bien que le plus ordinairement la poussière s'arrête à l'entrée de la bouche et des narines, on peut en retrouver la trace dans l'arrière-bouche et jusque dans les voies aériennes, mais jamais dans le conduit œsophagien et dans l'estomac.

Je signalerai plus tard l'application très-importante que l'on peut faire de ces données aux cas extrêmement fréquents dans lesquels les cadavres d'enfants nouveau-nés préalablement étouffés ont été jetés dans des fosses d'aisances. Les mêmes principes doivent être suivis dans l'examen de ces

faits, pour déterminer si la mort est le résultat de la submersion dans la fosse ou de violences antérieures.

FRACTURE DU CRANE.

Au second rang, dans l'ordre de fréquence, parmi les divers genres d'infanticide, quoique infiniment plus rare que la suffocation, se place la mort par fracture du crâne.

Tantôt le corps du nouveau-né, emporté loin du lieu où il est né, est jeté, vivant encore, par-dessus le mur d'un chantier désert, ou d'un cimetière, ou dans un fossé profond, et se brise le crâne en tombant. Mais beaucoup plus souvent la tête de l'enfant est écrasée avec une pierre ou simplement sous le pied, d'un coup de soulier ou de sabot. Il faut s'attendre à rencontrer dans les faits d'infanticide les plus odieuses brutalités ; dans les campagnes surtout, où l'enfant qui vient de naître compte si peu dans la main grossière du meurtrier, car à ce genre d'infanticide on reconnaît presque toujours un complice, un homme qui aide la mère à se débarrasser de son enfant, ou un père qui veut cacher le déshonneur de sa fille. J'en ai vu de nombreux exemples, mais jamais de plus horrible que celui d'un aïeul, qui avait pris le pauvre petit être par les pieds et lui avait broyé le crâne et fait jaillir la cervelle en frappant à toute volée la tête contre la muraille. La fracture du crâne chez les nouveau-nés qui périssent victimes d'un infanticide peut encore être produite par le passage forcé de la tête à travers un orifice trop étroit ou un conduit trop resserré, comme il arrive pour les enfants jetés dans les latrines.

Les fractures du crâne opérées dans les conditions qui viennent d'être rapportées sont faciles à constater et constitueraient, par elles-mêmes, un fait très-simple, si la possibilité de rencontrer chez le nouveau-né des fractures d'origine différente ne venait compliquer le rôle du médecin expert

et susciter des questions qui ne sont pas toujours exemptes de difficultés.

Les caractères des fractures du crâne produites par des violences exercées sur le nouveau-né vivant sont en général très-tranchés. Leur siége, leur étendue toujours considérable, leur forme, varient en raison de la manière dont elles ont été faites. Très-rarement il y a eu des coups portés directement avec un instrument contondant, comme on le voit pour les fractures du crâne de l'adulte. Le corps tout entier a été projeté d'un lieu élevé et le crâne s'est brisé dans la chute; dans ce cas, la fracture occupe des points indéterminés suivant les parties de la tête qui ont porté. Elle s'étend à plusieurs des os du crâne en partant de cet endroit sur lequel le corps est tombé, et sa forme irrégulière est en rapport avec la direction qu'a suivie le brisement des os; elle est généralement linéaire et les fragments chevauchent les uns sur les autres.

A ces fractures produites par la chute du nouveau-né, il n'est pas sans intérêt de comparer le cas singulier, et à coup sûr exceptionnel, qu'a rapporté M. Blot (1), d'une femme qui, au milieu du travail de l'enfantement commencé depuis six ou sept heures, s'était précipitée par la fenêtre, et qu'on relevait avec une fracture de la cuisse et du bassin. Les membranes s'étaient rompues dans la chute, et l'enfant dont la tête était presque à l'entrée du vagin, ne tarda pas à être expulsé. Il était mort et présentait une double fracture transversale des deux pariétaux se bifurquant du côté gauche et un épanchement de sang sous le péricrâne décollé. L'enfant n'avait pas respiré.

Lorsque la tête a été écrasée, ce qui arrive le plus ordinairement, la violence s'est exercée à la fois en deux points correspondants, l'un qui répond au plan sur lequel le corps

(1) H. Blot, *Bull. de la Soc. anatom.*, XXIIIe année, 1848, p. 198.

reposait, l'autre à la partie sur laquelle l'instrument vulnérant, la pierre, le talon du pied ou tout autre a agi. Dans ce cas on constate une double fracture se répondant exactement de chaque côté du crâne avec aplatissement de la tête dans le sens de la pression et enfoncement des os brisés. Les fragments en sont très-nombreux ; on en compte parfois plus de vingt. S'il y a eu projection violente de la tête contre un mur, le reste du corps n'étant pas abandonné à lui-même comme dans le cas que j'ai cité, la fracture occupe un seul côté, mais elle forme une perte de substance énorme avec broiement des os. Lorsque le crâne a été fracturé par le passage forcé de la tête à travers un orifice trop étroit, comme celui d'une lunette ou d'un tuyau de latrines, la boîte osseuse a éclaté dans sa partie la plus saillante, ordinairement vers les bosses pariétales ou aux extrémités de l'axe fronto-occipital, et la fracture est linéaire, sans enfoncement, sans déplacement ou avec un léger chevauchement des fragments. Je ne trace ici, bien entendu, que des caractères généraux qui présentent, suivant les circonstances de chaque cas particulier, de nombreuses variétés.

Dans tous les cas, les fractures du crâne, suite de violences chez les nouveau-nés, sont généralement remarquables non-seulement par leur étendue, mais par les désordres qui les accompagnent. La tête est déformée, plus ou moins allongée dans un sens ou dans l'autre. Les téguments, malgré leur ténuité, ne présentent souvent aucune lésion à l'extérieur, même quand le corps est tombé d'une hauteur de plusieurs mètres; ils portent, au contraire, l'empreinte de l'instrument contondant avec lequel la tête a été écrasée ou du sol sur lequel elle reposait. Mais on sent que la boîte crânienne offre une mollesse fluctuante et une mobilité inusitées. Elle forme comme une poche, et la transparence du cuir chevelu permet d'y reconnaître la couleur rouge foncé du sang épanché. Celui-ci est déposé en caillots plus ou moins épais au niveau

de la fracture. Et lorsque celle-ci comprend plusieurs fragments et résulte de violences considérables, la dure-mère est déchirée et la substance cérébrale mélangée au sang s'échappe au dehors. Les os du crâne n'offrent plus seulement le chevauchement naturel que permet la conformation de la tête du nouveau-né, les fragments plus ou moins enfoncés, ou revenus les uns sur les autres, donnent lieu à une crépitation manifeste. Et si après avoir détaché ces fragments on les examine par transparence, on constate au niveau de la solution de continuité de l'os un liséré rouge formé par l'infiltration du sang au niveau de la fracture.

La coagulation du sang épanché et l'abondance de l'épanchement, ainsi que cette infiltration sanguine des bords de l'os fracturé, sont des signes certains que les fractures ont eu lieu pendant la vie. J'ai mis ce fait hors de doute dans le chapitre précédent, et il n'y a plus à le discuter. J'ajoute seulement que si la fracture avait eu lieu sur le nouveau-né déjà mort, les fragments ne présenteraient pas cette injection caractéristique qui persiste tant que l'os subsiste et que l'on retrouve sous forme d'un liséré brun foncé, même après un très-long temps. Les os brisés sur le cadavre restent blafards et de couleur uniforme, et ne sont non plus jamais recouverts d'une couche de sang épanché et coagulé.

Mais il ne suffit pas d'avoir donné les caractères des fractures du crâne produites par des violences infanticides, il faut de toute nécessité les différencier de celles qui ont une autre origine et aller au-devant des questions qui peuvent naître de la confusion intéressée que la défense ne manque pas de faire entre les unes et les autres. La fracture est-elle le résultat de la chute du corps de l'enfant au moment de la naissance? s'est-elle produite dans le travail de l'accouchement? C'est là ce qu'il faut examiner.

La fracture du crâne est-elle le résultat de la chute du nouveau-né sur le sol au moment de la naissance? — Pour admettre

que le nouveau-né brusquement expulsé du sein de sa mère puisse se briser le crâne en tombant sur le sol, il faut supposer d'abord que la femme ait accouché debout. Elle ne manque pas de le déclarer; mais il est fort rare qu'on en ait la preuve. Le fait toutefois n'est pas impossible; et bien que l'expérience unanime des accoucheurs aussi bien que le bon sens montrent que les femmes en proie aux douleurs de l'enfantement s'accroupissent ou se couchent et prennent instinctivement une position qui protége l'enfant contre une chute, il est constant que dans quelques circonstances exceptionnelles, on a vu des femmes accoucher tout à fait debout. Mais dans ces cas mêmes il faut se rendre compte de la manière dont s'opère la chute. L'enfant au moment où il sort des parties de la mère reste en général attaché encore et suspendu par le cordon, à moins que dans cette délivrance que l'on suppose subite, le placenta ait été expulsé en même temps que le fœtus, ou que la longueur du cordon soit assez considérable pour dépasser la distance qui sépare du sol les parties de la femme, et pour qu'en se déroulant il ait permis à l'enfant de toucher le sol, ou enfin que le cordon se soit rompu.

L'expulsion simultanée du placenta et du corps de l'enfant est fort rare et d'ailleurs facile à constater. Si elle n'a pas eu lieu et qu'il faille admettre la chute de l'enfant sans rupture du cordon, il est bon de rappeler quelles sont en général les dimensions de celui-ci, et de considérer qu'il a rarement plus de 50 centimètres, c'est-à-dire une hauteur beaucoup moindre que celle des membres inférieurs chez une femme de taille moyenne. Mais si le cordon est rompu, doit-on y voir une preuve qu'il a cédé sous le poids du corps de l'enfant ou sous l'effort d'une expulsion brusque qui aurait ainsi aggravé la chute ? Avant tout, il faut s'assurer par l'examen attentif de l'extrémité du cordon, au niveau de la solution de continuité, s'il y a eu réellement rupture ou au contraire

section nette, et je n'ai pas besoin de revenir sur les caractères qu'il présente dans l'un et l'autre cas. Mais alors même que la rupture est avérée, si le cordon est sain, c'est-à-dire s'il n'est ni ramolli par l'excès de la matière gélatineuse ni trop aminci, il est impossible d'admettre que le poids du corps du nouveau-né ait suffi pour le rompre. Les expériences de Négrier à ce sujet conservent une grande valeur, malgré les objections qui leur ont été faites. Cet excellent observateur a mesuré la résistance du cordon à l'aide de poids attachés à l'extrémité et successivement augmentés jusqu'à ce que le cordon se rompe, et il a vu que cette force de résistance équivalait en moyenne à un poids de 5kil,250 et était par conséquent de beaucoup supérieure au poids du corps de l'enfant nouveau-né à terme, qui est, comme on le sait, de 3 kilos à 3kil,500. Casper regarde ces expériences comme sans valeur, et je m'étonne d'avoir à réfuter les propositions plus qu'étranges qu'il émet à ce sujet. Il reproche à Négrier de n'avoir « pas tenu compte de l'augmentation de poids qu'ac» quiert le corps de l'enfant par la chute ». Singulière loi physique qu'il ne faut évidemment pas prendre à la lettre, mais qui révèle dans tous les cas une fâcheuse confusion entre le poids absolu de l'enfant comparé à la force de résistance normale du cordon, seul point qu'aient en vue les expériences de Négrier ; et l'effort brusque exercé sur le cordon par l'expulsion subite du corps, explication sur laquelle je reviendrai. La seconde objection de Casper n'est pas plus fondée que la première et atteste une bien grande facilité d'hypothèse chez le savant professeur de Berlin, qui ne craint pas d'avancer, on ne sait par quelle supposition gratuite et comme chose évidente, qu'il « faut une force bien moins » grande pour casser le cordon pendant la vie de l'enfant, » car la résistance des tissus est différente avant et après la » mort ». En fait, il n'y a pas lieu de s'arrêter à de pareilles objections, et l'on doit regarder comme démontré que dans

les conditions normales, le poids du corps du nouveau-né à terme ne suffit pas pour rompre le cordon.

Quant à l'effet de l'expulsion subite et du brusque déroulement du cordon, est-il très-différent? Il ne faut pas croire que même dans la condition d'un accouchement très-rapide, la femme étant debout, le corps de l'enfant, ainsi que je l'ai entendu dire avec assurance dans une plaidoirie, soit lancé comme la « balle hors du pistolet », et que la contraction de l'utérus soit assez forte pour produire, indépendamment du poids du corps de l'enfant, l'extension subite, et par suite la rupture du cordon.

D'ailleurs quelles sont en réalité les conséquences de la chute de l'enfant sur le sol? Tout le monde est d'accord pour repousser comme illusoires les expériences de Chaussier et de Lecieux (1), dans lesquelles on laissait tomber la tête la première, d'une hauteur de 40 à 50 centimètres et 1 mètre, sur un sol carrelé, des enfants mort-nés. Sur 30 expériences, il se produisit 24 fois des fractures plus ou moins étendues des os pariétaux, et parfois en même temps de l'os frontal. Mais ces expérimentations ne reproduisent nullement les conditions dans lesquelles peut s'opérer la chute de l'enfant dans un accouchement où la femme serait restée debout. Je reproduis une très-juste appréciation qu'en a faite le savant accoucheur Hohl, cité par Casper (2) : « Dans ces expériences, on n'a pas tenu compte de l'influence du passage du tronc par le vagin, et celui du placenta qui diminue la gravité de la chute; puis il faut ajouter qu'une fois que la tête de l'enfant est sortie du vagin, il reste très-peu du corps dans la matrice, et qu'alors la force d'expulsion de ce dernier organe est presque nulle ; d'un autre côté, les efforts de l'accouchée ne favorisent que

(1) Lecieux, *Considérations sur l'infanticide.* Paris, 1819, p. 64.
(2) Casper, *loc. cit.*, p. 562.

l'expulsion du tronc ; or quand la tête est passée, la femme est ordinairement dans un tel état d'épuisement, qu'il faut l'exciter à faire des efforts quand on veut hâter l'expulsion du tronc. Pour que l'enfant tombe, il faut que l'accouchement se fasse la femme étant debout ou accroupie : dans ce second cas, la distance des parties génitales au sol est trop peu considérable pour qu'il puisse se produire des fractures; quant à la position debout, je ne la crois pas possible, car une femme a toujours le temps de s'étendre à terre au dernier moment de la délivrance. »

Je recueille cette opinion d'un accoucheur expérimenté, et je ne crois pas, quoi qu'en dise Casper, que la pratique obstétricale diffère beaucoup sur ce point de ce que l'on observe dans l'exercice de la médecine légale. Je vois en effet que dans les deux seuls cas (1) cités par le professeur de Berlin, où l'accouchement, les femmes étant debout, ait eu lieu devant témoin, l'un des enfants n'a pas présenté de lésions aux os, mais seulement une contusion au sommet de la tête, et l'autre présentait une simple fissure, mais avec un défaut d'ossification des os du crâne. Je transcris textuellement le procès-verbal d'autopsie : « Le pariétal droit présentait une place presque transparente ayant la dimension d'une pièce de deux francs, au milieu de laquelle se trouvait une fissure dentelée, ecchymosée, et ayant la largeur de 2 millimètres. » Ollivier (d'Angers) a rapporté (2) un cas tout semblable où chez un enfant né d'une femme qui avait accouché debout, on rencontrait à la fois une fracture produite par la chute et un défaut d'ossification des os du crâne. « Il n'existait aucune tumeur sanguine à la tête de l'enfant; la dissection des téguments du crâne nous fit constater d'abord,

(1) Casper, *ibid.*, observ. 377 et 378.

(2) Ollivier (d'Angers), *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale.* 1844, t. XXXII, p. 139.

dans la région pariétale droite, une ecchymose de 4 centimètres de longueur sur 15 millimètres de largeur, formée par du sang noirâtre, et dans la région pariétale gauche, une autre ecchymose de 7 centimètres de longueur sur 5 et demi de largeur, avec un peu d'infiltration de sérosité. L'os pariétal droit était intact, régulièrement ossifié, et d'une épaisseur normale; l'os pariétal gauche, au contraire, offrait un vice d'ossification particulier et était divisé en quatre fragments. Les bords de ces portions d'os étaient ondulés dans la presque totalité de leur étendue, excepté en avant et en haut, où les fibres de l'os étaient évidemment brisées dans une longueur de 2 centimètres et demi. Les autres bords de chaque fragment étaient minces, fragiles, comme frangés, tout à fait semblables à ceux des portions d'os plats dont l'ossification n'est pas achevée. Dans l'intervalle que les bords amincis et sinueux laissaient entre eux, on remarquait de petites lamelles osseuses, dentelées sur les bords, qui constituaient autant de points d'ossification isolés, correspondant aux parties du pariétal qui présentent, dans l'état normal, le plus d'épaisseur et de solidité; il y avait une infiltration de sang sur la dure-mère et sous le périoste, dans le trajet de la fracture qui avait interrompu la continuité des fibres osseuses. »

Enfin il est impossible, tout en reconnaissant ce qu'une pareille enquête peut avoir de défectueux, de ne pas accorder une certaine importance aux résultats complétement négatifs qu'a recueillis Klein, de ses interrogations dans cent quatre-vingt-trois cas d'accouchement que l'on disait avoir eu lieu debout, et dans lesquels on n'avait constaté ni mort, ni fractures, ni fissures du crâne, à peine quelques ecchymoses. Ces données, sans avoir un caractère suffisamment scientifique, acquièrent cependant une valeur réelle par leur concordance avec les observations de la plupart des accoucheurs les plus expérimentés, et j'ajoute avec les ren-

seignements que fournit elle-même la pratique de la médecine légale.

Il est donc permis de conclure de ces différents faits que, à moins de circonstances particulières, à coup sûr très-exceptionnelles, et que l'expert sera d'ailleurs toujours en mesure de reconnaître, la chute du nouveau-né sur le sol n'aura pas lieu même dans l'accouchement debout; que si elle a lieu, elle sera amortie, soit par la résistance du cordon, soit par le contact des parties de la mère; et que par ces raisons jointes à l'élasticité de la boîte osseuse chez le nouveau-né, cette chute ne produira généralement pas de fracture du crâne, ni même de contusions graves.

C'est là certainement la loi, mais il est impossible de ne pas admettre qu'elle puisse souffrir, si rares qu'elles soient, quelques exceptions. Et pour les bien apprécier, il convient, après avoir groupé toutes les circonstances du fait, lieu de l'accouchement, nature du sol, taille et conformation du bassin de la femme, position indiquée, état du cadavre, et avoir autant que possible établi l'authenticité ou tout au moins la vraisemblance de la chute, il convient de rechercher quels signes physiques doit présenter ce genre de fractures. Elles occuperont naturellement un point élevé du sommet de la tête, seront directes et simples, linéaires, peu étendues, réduites souvent à de simples fissures, sans lésions des parties molles, et s'accompagnant seulement d'une ecchymose et d'un épanchement de sang coagulé au point où la tête aura heurté le sol. Quelquefois la nature de celui-ci sera indiquée par une empreinte ou par quelques souillures particulières laissées sur le cuir chevelu de l'enfant.

Enfin elles n'entraînent pas nécessairement la mort. Je trouve dans une thèse qui date de quelques années (1), un

(1) A. Jayet, *Des fractures des os du crâne chez les enfants nouveau-nés*. Thèse de Paris, 1858, n° 295.

cas de fracture du crâne chez un nouveau-né qui, pendant que la mère se rendait à l'hôpital afin d'y accoucher pour la troisième fois, avait été expulsé brusquement et était tombé sur le sol, le cordon s'étant rompu à son insertion au placenta. L'enfant vécut treize jours sans avoir présenté aucun accident du côté du cerveau, et fut emporté par une bronchite capillaire.

Rien dans tout ceci ne rappellera, même au plus faible degré, les désordres profonds qui caractérisent les fractures du crâne résultant chez le nouveau-né de violences infanticides.

La fracture du crâne s'est-elle produite pendant le travail ou par le fait de l'accouchement?—Des fractures du crâne peuvent encore se produire chez le nouveau-né pendant l'accouchement, les unes à la suite de manœuvres obstétricales, les autres comme complication d'un accouchement spontané. Les premières, qui attestent l'intervention d'un homme de l'art, ne laissent guère place à une accusation d'infanticide; les autres, quoique rares, et le plus ordinairement sans gravité apparente, doivent être distinguées des fractures résultant de violences criminelles. Chaussier les avait signalées, mais elles ont surtout été bien étudiées par M. Danyau (1) qui en a publié plusieurs exemples, devenus l'objet de discussions intéressantes au sein de la Société de chirurgie (2). Le musée clinique de M. le professeur Depaul et les collections particulières de M. le docteur H. Blot en possèdent également, et je dois à leur parfaite obligeance d'avoir pu en faire dessiner de curieux spécimens qui viendront puissamment en aide à ma description, et sur lesquels j'appelle l'attention

(1) A. Danyau, *Des fractures des os du crâne du fœtus, qui sont quelquefois le résultat d'accouchements spontanés* (*Journal de chirurg.*, t. I, 1843, p. 40).

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1857, p. 263 et 278.

de mes lecteurs (voir la *Planche* III). M. Danyau a bien voulu rédiger pour moi sur ce sujet une note que je m'empresse de transcrire sans y rien changer :

« En raison de l'excessive rareté des exostoses du bassin, on peut admettre que dans l'immense majorité des cas, les fractures spontanées du crâne sont produites par la saillie de l'angle sacro-vertébral d'un bassin rétréci à un degré médiocre. Dans ce cas, la tête, avant de franchir le détroit supérieur, et au moment même où elle le franchit, se trouve dans une position telle qu'on peut presque assurer que s'il y a enfoncement simple ou fracture avec ou sans enfoncement, c'est vers la partie antérieure du pariétal droit ou gauche, suivant la position, ou dans la partie voisine du frontal correspondant, ou sur le pariétal et le frontal tout à la fois, que siégera la lésion osseuse. Il ne faut pourtant pas oublier qu'une fracture indirecte est possible; mais la contusion des téguments crâniens et l'ecchymose, très-circonscrites dans les points que je viens d'indiquer, quand la fracture peut être rapportée à la seule pression contre l'angle sacro-vertébral, seront des indices précieux. Enfin l'examen de la forme du crâne qui permettra de reconnaître la présence ou l'absence d'une viciation du bassin générateur, faits à constater, sera d'un très-utile secours, et ne devra être négligé dans aucun cas.

» Les fractures produites par le forceps ont le plus souvent lieu sur les points mêmes où l'instrument est appliqué. La trace très-reconnaissable des branches, quand l'examen a lieu peu de temps après sa naissance, indiquera facilement la cause de la fracture. Le siége sera nécessairement variable suivant l'application. C'est surtout quand elle aura été irrégulière (et elle l'est toujours plus ou moins quand le vagin est rétréci et aussi dans quelques autres cas), qu'une fracture pourra être produite, et il n'y a pas de point du crâne où elle ne puisse avoir lieu. Par cette cause cepen-

dant, on la rencontrera plutôt, soit à la partie antérieure des frontaux, soit au milieu ou sur l'un des côtés de l'occipital. Il ne faut pas oublier non plus ici les fractures indirectes, qui ne seraient pas précisément en rapport avec la trace laissée sur les téguments du crâne par les branches de l'instrument; et surtout il est bien important de remarquer, au point de vue de la responsabilité médicale, que, dans le cas même où le forceps, appliqué aussi irrégulièrement qu'il peut l'être au détroit supérieur, n'aurait pas produit de solution de continuité des os par compression directe, un enfoncement ou une fracture dans les points mêmes que nous avons indiqués plus haut, pouvant avoir été déterminés par la pression que la tête a éprouvée contre l'angle sacro-vertébral, en franchissant le détroit supérieur. »

Si nous faisons à la médecine légale l'application de ces données de l'expérience obstétricale la plus haute, nous reconnaîtrons que les fractures résultant, soit de manœuvres, soit des difficultés d'un accouchement spontané, supposent toujours un accouchement difficile et même parfois très-laborieux, soit par suite du rétrécissement du bassin, soit par le volume excessif des enfants. Elles peuvent être favorisées par cette conformation particulière des os du crâne dont j'ai parlé plus haut, raréfaction du tissu osseux, défaut d'ossification qui rendent les os beaucoup plus fragiles. J'ai fait figurer cette disposition (*Pl.* III, fig. 3 et 4), et l'on voit dans ces cas les os de la voûte du crâne, les pariétaux, l'occipital, le frontal, semblables à une sorte de mousseline, présenter à l'œil une transparence presque complète. Sauf quelques points opaques formés par de rares plaques osseuses, les caractères particuliers de ces fractures, sans être absolus, sont cependant très-significatifs. Lorsqu'elles sont le fait de la compression de la tête contre les saillies osseuses du bassin, elles consistent souvent en

simples fissures avec enfoncement médiocre rayonnant d'un point central, ordinairement le pariétal, sur les os voisins, le frontal ou le temporal. A peine si elles déterminent l'extravasation du sang ou des ecchymoses très-limitées. Mais ce qui est plus important au point de vue de la recherche de l'infanticide, c'est qu'elles ne déterminent le plus souvent aucun trouble, pas d'accidents cérébraux, qu'elles ne sont presque jamais mortelles et guérissent spontanément. Si donc par une coïncidence qu'il faut supposer possible, on rencontrait de semblables fractures sur des nouveau-nés manifestement nés vivants, il y aurait à rechercher une autre cause de mort qui pût mieux rendre compte de l'infanticide. On ne pourra, dans tous les cas, les confondre avec les fractures du crâne produites par des violences criminelles que l'étendue des désordres, la multiplicité des fragments, l'enfoncement considérable ou le chevauchement des os, l'épanchement énorme de sang coagulé, caractérisent et distinguent suffisamment. Enfin remarquons que si des manœuvres obstétricales pratiquées avec le forceps ou le céphalotribe peuvent, dans certains cas, produire des désordres aussi profonds et analogues en apparence, il reste toujours ce signe essentiel, cette différence capitale qui rend toute erreur impossible, c'est qu'on les constate sur un enfant qui n'a pas respiré, tandis que dans le cas d'infanticide, la respiration et la vie extra-utérine bien constatées attestent que le crâne a été brisé, non pendant le travail, et par le fait de l'accouchement, mais après la naissance et par des violences criminelles.

H. Bayard a rapporté un cas d'infanticide flagrant, avec broiement des os du crâne en seize fragments, épanchement de sang sur toute la surface du cerveau, et en outre plus de trente excoriations et ecchymoses sur les diverses parties du corps (1), et dans ce cas, malgré l'étendue et le caractère si

(1) H. Bayard, *Considérations médico-légales sur plusieurs cas d'in-*

tranché de ces lésions multiples, on n'avait pas craint d'alléguer pour la défense de la femme qu'elle avait pu écraser la tête de son enfant par le rapprochement violent des cuisses au moment où elle accouchait. Il n'est pas de moyen que l'on ne tente pour une justification impossible, et, ce qui est triste à dire, il n'en est pas de si mauvais qui ne puisse réussir. Ici l'habile expert n'a pas eu de peine à démontrer que l'allégation était de tous points inadmissible, que la femme au moment où la tête sort de la vulve, loin d'être portée à serrer les cuisses, les écarte au contraire, par un mouvement naturel et instinctif; que d'ailleurs la tête de l'enfant est trop souple d'une part, et la masse charnue des cuisses pas assez dure de l'autre, pour qu'on puisse comprendre le broiement du crâne par le simple rapprochement des cuisses de la femme, même en supposant une contraction musculaire dépassant toute mesure; enfin il est certain que cette cause, fût-elle admise, ne rendrait pas compte de la multiplicité des fragments et des lésions nombreuses constatées sur le corps de l'enfant.

En résumé, je n'hésite pas à conclure qu'aucune des circonstances de l'accouchement, même laborieux, ne peut amener l'apparence de violences aussi considérables que celles que l'on rencontre dans l'infanticide commis par fracture des os du crâne. Soit qu'elles proviennent de manœuvres obstétricales excluant toute idée de crime par l'intervention de l'homme de l'art; soit qu'elles résultent de la pression de la tête contre une saillie osseuse du bassin, ce qu'indiquent leur siége constant et leur peu de gravité; soit enfin qu'elles soient le fait du défaut d'ossification de la boîte crânienne, elles ne peuvent en aucun cas troubler ni embarrasser l'expert, qui se prononcera nettement pour l'infanticide lorsqu'il trouvera

fanticide et sur la fréquence de ce crime (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1re série, t. XXIV, p. 331).

la tête broyée et portant la trace de désordres étendus, que la violence et le crime peuvent seuls expliquer.

Je me permets en terminant, sur ce point, de signaler aux méditations de ceux qui me feront l'honneur de parcourir cette étude, un fait que je citerai, parmi les rapports qui se trouvent réunis dans le dernier chapitre, et qui présente un exemple très-curieux d'écrasement de la tête chez un enfant né vivant, et ayant vécu sans avoir respiré. J'ai eu à donner mon avis sur les conclusions de mon honorable confrère, M. le docteur P. Tercinier, de Cognac, dont j'ai adopté et appuyé fortement l'opinion.

INFANTICIDE PAR STRANGULATION.

La strangulation, si l'on n'y rattachait pas les cas où le nouveau-né est à la fois étranglé et étouffé, constituerait un procédé d'infanticide relativement assez rare. Mais il est assez fréquent de trouver chez les enfants qui ont subi la suffocation par occlusion directe des voies aériennes des traces de pression, exercée autour du cou avec les mains. Dans un certain nombre de cas cependant, la strangulation est simple, et alors elle est généralement opérée à l'aide d'un lien, car il est assez difficile de saisir avec les doigts le larynx du nouveau-né qui n'est pas plus gros qu'un tuyau de plume, et quand le meurtrier se sert de ses mains, il étouffe l'enfant plus sûrement qu'il ne l'étrangle: d'où l'existence sur le cadavre de lésions mixtes, appartenant à la fois à la suffocation et à la strangulation.

Celle-ci a quelquefois lieu directement par l'application d'un lien. La nature de celui qui est usité dans l'infanticide est nécessairement variable. Il est souvent emprunté aux vêtements de la femme, c'est un cordon de tablier, de jupon, de bonnet, un fichu, un ruban, que même dans son lit, la mère qui veut tuer son enfant peut avoir sous la main. D'autres fois ce sont des brins de fil, de laine ou de coton, ou

simplement une corde. Dernièrement j'ai eu à examiner un enfant nouveau-né qui avait été étranglé avec un bas. Il est un lien d'une espèce toute particulière sur lequel j'appellerai spécialement l'attention, je veux parler du cordon ombilical qui a pu lui-même être employé dans la strangulation infanticide.

Quel que soit le procédé à l'aide duquel celle-ci ait été opérée, les signes locaux extérieurs sont ordinairement très-apparents et très-tranchés.

Quand il s'agit d'une pression exercée avec la main, on voit de chaque côté du cou et vers le milieu des régions cervicale et sous-maxillaire des excoriations plus ou moins nombreuses, reproduisant très-exactement la forme des ongles, dont les tissus délicats du nouveau-né gardent aisément l'empreinte. Le cou est parfois sillonné de longues écorchures linéaires, comme si l'ongle avait glissé sur l'enduit sébacé qui revêt les téguments du nouveau-né; ces excoriations sont entremêlées d'ecchymoses peu visibles sur la peau, mais qui s'étendent très-profondément dans les parties sous-jacentes. On trouve souvent du sang infiltré par place, et qui a fusé pour ainsi dire entre les faisceaux musculaires. Le larynx en est quelquefois entouré. Il est une particularité de la strangulation infanticide qu'il est bon de noter, c'est que les violences ne restent pas toujours exclusivement bornées au cou; il n'est pas rare de rencontrer des ecchymoses qui s'étendent jusque sur les joues, les oreilles et les régions temporale et occipitale, et jusque sur la colonne vertébrale.

Si la constriction du cou a été opérée par un lien, on retrouve un sillon blanchâtre à bords violacés, dont la profondeur varie suivant la nature du lien, et qui n'offre rien de particulier chez le nouveau-né; rien de fixe surtout, pas plus que chez l'adulte, quant à l'aspect, à la coloration et à la con-

sistance, quant à la présence même, car il convient de le rappeler, les lésions extérieures peuvent manquer ou être réduites à des traces à peine marquées, surtout dans des cas où la constriction du cou aura été exercée sur une grande étendue de la région cervicale, soit par un lien très-large, souple et uni, soit par la pression de la main toute entière. Je me permets de renvoyer, pour plus de détails, à l'étude spéciale que j'ai publiée sur la mort par strangulation (1). J'ajoute que chez le nouveau-né l'application d'un lien étroit et fortement serré détermine presque constamment, non au fond même du sillon et sur la peau, mais dans les parties profondes, des ecchymoses et des infiltrations de sang. Il faut aussi que l'expert soit prévenu que l'enfant nouveau-né, lorsqu'il est fort et gras, présente très-habituellement au-devant du cou des plis profonds durcis par le froid de la mort, parfois d'un rouge vif sur les parties saillantes, très-blancs au contraire dans le fond des plis et qui, pour un œil inattentif ou non averti, pourraient simuler le sillon formé par l'application d'un lien. La moindre habitude, l'examen le plus simple, suffisent pour éviter l'erreur. Enfin je ferai remarquer que l'on ne peut, d'après les seuls caractères du sillon, déterminer avec certitude si le lien a été appliqué seulement après que l'enfant avait cessé de vivre, et que ceux que les auteurs ont indiqués comme propres à la strangulation après la mort, sillon complétement blanc, mou et non ecchymosé, sont, surtout chez le nouveau-né, absolument sans valeur. On ne peut se prononcer qu'en rapprochant les lésions locales et extérieures de l'état des organes internes.

Cet état est chez le nouveau-né en tout semblable à celui

(1) A. Tardieu, *Étude médico-légale sur la strangulation* (extrait des *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 2e série, t. XI, p, 109, Paris, 1859).

que j'ai décrit chez les adultes étranglés. On peut dire néanmoins que les signes fournis par les organes respiratoires sont peut-être encore plus prononcés. Ainsi dans le larynx, dans la trachée et dans les bronches du nouveau-né, on trouve généralement une grande quantité d'écume sanguinolente, rosée, qui s'écoule dès que l'on incise les poumons. Plus souvent que chez l'adulte, on trouve sous la membrane muqueuse laryngo-trachéale ou à sa surface, des infiltrations et des exsudations de sang coagulé.

Les poumons qui ont été pénétrés complétement par l'air, car il ne s'agit que d'enfants qui ont respiré et qui surnagent dans la docimasie hydrostatique, sont volumineux, ordinairement peu engoués, et d'une teinte générale rosée, avec de fortes marbrures, parsemées à leur surface de suffusions sanguines, irrégulières, plus ou moins étendues, et s'étendant profondément dans l'épaisseur de l'organe, soit sous forme de congestion partielle, soit sous forme de véritables noyaux apoplectiques. Parfois on trouve quelques petites ecchymoses ponctuées. La plèvre est en outre soulevée par place par de petites plaques d'un blanc argenté, ressemblant à une pellicule pseudo-membraneuse, et qui ne sont autre chose que des groupes de vésicules pulmonaires rompues, et de l'air infiltré sous la séreuse et réuni en bulles très-fines. Ce caractère de la strangulation n'est jamais plus tranché que sur les poumons du nouveau-né.

Les autres signes sont moins essentiels et moins constants. La face est souvent violacée ; le cœur qui ne présente pas de taches sous-péricardiques ne contient que du sang fluide. Sous le cuir chevelu, il existe parfois des épanchements circonscrits de sang coagulé. On rencontre même quelquefois une légère couche de sang étendue à la surface du cerveau, bien entendu sans lésions des os. Enfin ce qui est plus particulier et semble propre à l'infanticide, j'ai trouvé dans l'estomac de nouveau-nés, morts étranglés, des

mucosités teintes de sang. On a cité, fort exceptionnellement sans doute, chez le nouveau-né étranglé, la luxation possible des vertèbres cervicales (1).

L'infanticide par strangulation peut donner lieu à certaines questions spéciales soulevées le plus souvent, soit par les déclarations intéressées de l'accusée, soit par son défenseur, et qu'il importe par cette raison même d'examiner et de discuter avec un grand soin. On voit en effet reparaître, à l'occasion de la mort par strangulation, cette préoccupation constante de la défense qui se reproduit sous toutes les formes dans tous les genres d'infanticide, et qui prétend expliquer par des mouvements involontaires ou par des accidents naturels de l'accouchement, les traces de violences dont le cadavre du nouveau-né porte la trace. Il ne sera pas difficile pour un expert instruit de trouver le plus souvent, dans le fait lui-même, le moyen de repousser cette prétention.

La strangulation peut-elle avoir été opérée involontairement par les efforts qu'a faits la femme pour se débarrasser elle-même? — On suppose qu'une femme accouchant seule et sans secours, ce qui est en effet le cas de la plupart des infanticides, voulant hâter sa délivrance, saisit l'enfant par le cou, et le tire si bien qu'elle l'étrangle. C'est là une hypothèse toute gratuite et qui ne repose absolument sur aucun fait ; il n'en existe certainement pas un seul exemple, et les raisons en sont faciles à comprendre.

En effet, il est d'abord extrêmement difficile sinon impossible à la femme dont le ventre est développé par une grossesse à terme, d'atteindre les parties sexuelles et d'aller chercher presque au fond de la vulve, non pas seulement la tête, mais le cou de l'enfant. Et si la tête est complétement sor-

(1) J. Slingenberg, *Dissertatio medico-forensis de infanticidio.* Gröningen, 1834, p. 90.

tie et que le cou puisse être atteint, il n'est nullement nécessaire de le serrer beaucoup, ni même de l'entourer complétement avec la main pour amener le reste du corps de l'enfant au dehors ; c'est sur la tête et sous le menton que les tractions seront le plus naturellement et le plus facilement exercées.

Mais de plus la forme et la direction des excoriations que la pression de la main laissera sur le cou de l'enfant fourniront la meilleure réfutation de l'hypothèse que je constate en ce moment. En effet, que l'on se représente la situation dans laquelle devrait se trouver un enfant nouveau-né au passage, au moment où la femme se serait efforcée de l'attirer au dehors, la tête se trouvant en bas : les ongles enfoncés au cou pour opérer la délivrance dans cette position renversée devraient avoir, quand l'enfant sera redressé, la convexité tournée en bas. Or, dans un cas extrêmement curieux que j'ai observé avec H. Bayard, et que je citerai plus loin dans tous ses détails, c'est précisément le contraire qui avait lieu ; la marque des ongles, parfaitement distincte, offrait leur convexité tournée en haut et indiquait, de la façon la plus évidente, que le cou avait été saisi de haut en bas, et non de bas en haut, et que par conséquent les lésions qui existaient au cou du nouveau-né ne pouvaient être le résultat de manœuvres exercées par la mère au moment où elle avait tiré son enfant pour hâter la délivrance.

Enfin il ne faut pas se lasser de répéter que dans cette supposition, comme dans toutes celles où l'on attribue la mort du nouveau-né à un accident survenu au moment de la naissance, et en admettant que l'enfant ait pu être involontairement étranglé par la mère dans les efforts que celle-ci aurait faits pour se délivrer elle-même, il n'aurait pas eu le temps de respirer complétement, et les poumons ne seraient pas dilatés par l'air ou ne le seraient que partielle-

ment et ne surnageraient pas, ce qui a lieu chez les enfants réellement victimes de la strangulation infanticide pour lesquels on réclame le bénéfice d'une hypothèse inadmissible.

La strangulation peut-elle être le résultat accidentel de l'enroulement du cordon autour du cou? — Cette question est l'une de celles qui montre le mieux combien souvent la théorie a pris la place de l'observation pratique. Elle a sans motifs agité singulièrement les auteurs, et a été l'occasion de discussions contradictoires qui n'ont servi qu'à la rendre plus obscure. La solution en est cependant très-simple, et je vais m'efforcer de la dégager des détails inutiles dans lesquels elle s'est perdue.

Il n'est pas douteux que l'enfant vienne souvent au monde le cordon enroulé une, deux ou même trois fois autour du cou. C'est un fait que les accoucheurs s'accordent à regarder comme extrêmement fréquent, et qui, d'après les statistiques allemandes, se produirait dans plus des neuf dixièmes des cas. Mais en même temps il demeure établi qu'il n'a pas en général de conséquence fâcheuse pour le nouveau-né. Les chiffres recueillis à la clinique de Nægelé, par Meyer, et ceux qu'a donnés Hohl, cités par Casper, donnent un mort-né sur vingt-quatre enfants présentant cette disposition; un peu plus de 4 pour 100. Mais dans ces cas, lorsque la mort a lieu pendant le travail, c'est à la compression du cordon, à l'arrêt de la circulation, et non à la strangulation que les enfants succombent. Quelques auteurs ont cependant voulu voir là des exemples de strangulation, mais ceux qu'ils ont cités (1) sont pour la plupart très-contestables.

On s'est inquiété de savoir si cet enroulement du cordon

(1) Négrier, *mémoire cité;* Decaisne, Van der Missen et Bellefond, *Rapport médico-légal et observations sur un cas d'infanticide* (*Ann. d'hyg. et de méd. légale*, 1re série, t. XXV, p. 428); Marc, Hauregard et Capuron, *Cas de suspicion d'infanticide* (*ibid.*, t. XIII, p. 193).

laissait des traces autour du cou, et l'on a paru croire qu'il était très-important de pouvoir distinguer ces traces de celles que produirait la strangulation opérée après la naissance à l'aide d'un lien. Des contradictions très-vives se sont élevées au sujet de la formation possible d'ecchymoses sur la peau du fœtus par le cordon enroulé. Klein (1) notamment et Elsaesser (2) la nient formellement. « Jamais, dit le premier, je n'ai observé rien de semblable, quoique j'aie reçu un assez grand nombre d'enfants dont le cou était fortement serré par un ou deux tours de cordon et qui succombèrent par l'effet de cette strangulation. Je n'ai jamais remarqué sur le fœtus, soit une impression quelconque, soit une simple sugillation. » Pour moi, il n'est pas douteux, et je l'ai constaté de la manière la plus positive, que le cordon peut laisser non-seulement sur le cou du nouveau-né, mais encore sur le ventre et sur la poitrine, depuis son insertion abdominale jusqu'au cou, une empreinte sous forme de sillon légèrement ecchymosé, ainsi que l'ont admis Marc, Casper et Négrier (3) et que l'ont démontré plusieurs faits cités par Schwartz (4), qui a vu chez un enfant mort-né le cordon former deux tours, et dans les points où il avait porté un état parcheminé de la peau et des ecchymoses; et enfin par Taufflieb (5), qui, dans un mémoire très-important, démontre la fausseté de l'opinion qui conteste la possibilité de la formation d'un sillon et d'ecchymoses par l'enroulement du cordon.

Mais quelque intérêt que puissent offrir les discussions dont je viens de parler, elles ne sont d'aucune importance pratique au point de vue de la constatation de l'infanticide.

(1) Klein, *Hufeland's Journal*, 1815.
(2) Elsaesser, *Schmidt's Jahrbüch.*, t. VII, p. 204.
(3) Négrier, *loc. cit.*
(4) Schwartz, *Henke's Zeitschr.*, t. VII, p. 129.
(5) Taufflieb, *De la strangulation des nouveau-nés par le cordon ombilical* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1re série, t. XIV, p. 340).

La question n'est ici ni de la possibilité de l'enroulement du cordon autour du cou de l'enfant au moment de la naissance, ni de la possibilité d'une empreinte, sillon, ecchymoses, état parcheminé de la peau, laissées non toujours, mais quelquefois, par le cordon enroulé autour du cou du nouveau-né. Le fait capital, le vrai point, le seul intéressant, en ce qui touche l'infanticide, c'est que lorsque l'enfant naît étranglé par le cordon, il n'y a jamais respiration complète, ni surnatation des poumons soumis à la docimasie; et que, par conséquent, si l'on trouve la respiration complétement établie, on a la preuve que la strangulation ne résulte pas de l'enroulement du cordon avant la naissance.

J'ai vu un cas dans lequel une femme, après s'être délivrée, avait coupé le cordon et s'en était servi comme d'un lien pour étrangler son enfant quelque temps après la naissance. Servaës cité par Taufflieb, en a, paraît-il, observé un semblable; mais ce fait, d'ailleurs fort rare, ne diffère pas, on le comprend, de la strangulation ordinaire; et les signes sont ceux que produit tout autre espèce de lien sur un enfant qui a été étranglé après avoir respiré. Je n'admets pas que l'expert se laisse abuser par le choix qu'aurait fait la mère et attribue la présence du cordon autour du cou à une circonstance naturelle.

En résumé, l'enroulement du cordon autour du cou du nouveau-né, fait fréquent, peut, quoique rarement, amener la mort pendant le travail; mais alors l'enfant est mort-né ou n'a respiré que très-incomplétement. Et jamais cet enroulement ne pourra expliquer la strangulation d'un enfant chez lequel on trouvera les preuves d'une respiration complète et le cordon coupé ou rompu. C'est toujours le même argument, mais il conserve sa puissance, quelle que soit la cause naturelle de mort que l'on invoque tirée du travail même de l'accouchement. L'enfant tué par un moyen criminel a déjà respiré; au contraire celui qui succombe

pendant le travail présente des poumons à l'état fœtal ou très-incomplétement pénétrés par l'air. Là est la différence et le point de séparation absolue.

IMMERSION DANS LES FOSSES D'AISANCES.

Bien que le médecin légiste, dans les grandes villes du moins et surtout à Paris, ait fréquemment à examiner des cadavres d'enfants nouveau-nés retirés des fosses d'aisances, il ne s'ensuit pas que l'immersion dans les fosses soit un procédé commun d'infanticide. Il se peut en effet que les enfants y aient été jetés vivants, et souvent ce n'est qu'un moyen employé pour faire disparaître le corps du nouveau-né, après qu'il a été tué de quelque autre manière, et presque toujours après qu'il a été étouffé ou étranglé. Cependant, j'ai vu un assez grand nombre d'exemples d'enfants très-manifestement précipités pleins de vie à travers l'orifice des latrines, morts par le fait de la submersion dans les matières des fosses. Quelques-uns même ont pu être retirés vivant encore après plusieurs heures, soit de la fosse, soit du tuyau de conduite dans lequel ils étaient restés engagés. Les faits de cette nature se présentent donc dans des conditions complexes et très-variables, et méritent à tous égards la plus sérieuse attention.

En effet, il s'agit de constater les signes et les effets du séjour du corps du nouveau-né dans la fosse, de rechercher s'il y a été jeté vivant ou mort, et comment il a péri. Mais de plus, il faut aller au-devant d'une question très-grave qui constitue à elle seule tout un système très-usité de défense, et se demander, si, comme le prétendent la plupart des accusées, l'enfant expulsé brusquement pendant que la femme était sur les latrines a pu tomber par accident jusque dans la fosse. C'est-là, disons-le tout de suite, l'un des plus difficiles problèmes, l'un des plus embarrassants quel-

quefois que le médecin légiste puisse avoir à résoudre dans les affaires d'infanticide.

L'aspect du cadavre d'un enfant nouveau-né retiré d'une fosse d'aisances, après un séjour quelque peu prolongé, est véritablement caractéristique. Il exhale une odeur tout à fait particulière, non pas franchement fécale, mais âcre et singulièrement pénétrante. La couleur des téguments, si l'immersion n'a duré que quelques jours, est d'un blanc verdâtre, comme plombée, blafarde; plus tard elle prend une teinte plus foncée, brune ou tirant sur un vert grisâtre. Elle est dans tous les cas très-uniforme et répandue également sur les diverses parties du corps. La putréfaction ne s'empare que lentement du cadavre plongé dans les fosses d'aisances, elle ne s'accompagne pas d'un dégagement abondant de gaz putrides: aussi le volume du corps n'est pas notablement changé. Les parties molles subissent à la longue une dégénérescence savonneuse et une dissociation graduelle. Les os deviennent d'un brun presque noir. M. Boys de Loury a constaté, dans un cas d'infanticide avec séjour très-prolongé, mais malheureusement indéterminé dans une fosse d'aisances, une altération spéciale de la peau « d'un gris verdâtre, recouverte de tubercules crétacés, arrondis, élevés en forme de pustules, d'excroissances ou de végétations présentant en certains points une cristallisation amorphe et diffuse ». Le cadavre conserve dans tous ces cas non pas l'odeur habituelle de la décomposition putride, mais celle des vidanges, ou plus exactement encore des fosses en réparation. Les faits dans lesquels on peut trouver les traces d'un séjour très-long dans une fosse deviennent au reste de plus en plus rares, à cause de l'extension que prend le système des tonnes mobiles et des fosses étanches qui

(1) Boys de Loury, *Rapport sur un infanticide* (*Ann. d'hyg. publ et de méd. légale*, 1re série, t. XV, p. 210).

rendent la vidange beaucoup plus fréquente, et plus rapide par suite la découverte des cadavres d'enfants jetés dans les latrines.

L'examen extérieur de ces cadavres donne des résultats très-différents, suivant la disposition des latrines dans lesquelles l'enfant a été jeté et des tuyaux de conduite qu'il a eu à traverser et de la fosse elle-même. Ces circonstances matérielles ont une importance considérable dans la question qui nous occupe, et l'expert ne doit jamais manquer de se faire exactement renseigner à ce sujet, soit qu'il visite lui-même les localités, ce qui est indispensable dans certains cas, soit qu'il demande la communication des procès-verbaux et des plans dressés par les officiers de police judiciaire ou par des hommes spéciaux.

La fosse est quelquefois largement ouverte et surmontée seulement d'un siége formé de quatre planches mal jointes, au milieu desquelles est percé un large trou béant. Cette disposition se rencontre au rez-de-chaussée, dans les cours de certaines maisons des faubourgs, habitées par la population la plus pauvre. Si un enfant est jeté dans une fosse pareille, il franchira la lunette et tombera sans choc, comme si on le jetait à la rivière.

Mais le plus ordinairement, à chaque étage de l'habitation, on trouve des latrines pourvues d'une cuvette conique terminée inférieurement par une lunette plus ou moins étroite, tantôt ouverte, tantôt garnie d'une bonde ou d'une fermeture hydraulique et à laquelle aboutit un tuyau de fonte, de poterie ou de maçonnerie, qui, directement ou par branchement courbé à angle plus ou moins aigu, conduit les matières dans la fosse. Ici le corps de l'enfant est forcé de suivre un trajet plus ou moins long à travers ce tuyau à parois dures et parfois inégales. Aussi présente-t-il des traces de frottement, des excoriations, des déchirures qui siégent principalement sur les parties saillantes,

à la face, sur les coudes, les genoux, les épaules, serrées et aplaties en raison de l'étroitesse du tuyau de conduite et des orifices que l'enfant est forcé de traverser.

Mais c'est surtout à la tête que ces lésions prennent un caractère plus marqué et acquièrent une importance significative. La boîte osseuse du crâne, malgré la flexibilité et la mobilité qu'elle présente chez le nouveau-né, offre néanmoins une résistance assez grande pour que, si les dimensions excèdent celles de la lunette, elle n'en puisse franchir l'orifice rétréci que si on la force ; et dans ce cas elle subit un aplatissement et parfois même un véritable écrasement, et l'on constate la fracture des os du crâne.

Pour rendre plus facile le passage du corps, il n'est pas rare qu'on le mutile et qu'on le coupe en morceaux ; l'expertise se trouve parfois en présence d'un cadavre incomplet.

Dans tous les cas le corps est couvert de souillures caractéristiques qui adhèrent en certains points et se retrouvent surtout sous les ongles et dans les plis de la peau. Les matières dans lesquelles l'enfant a été plongé ont pénétré dans les orifices naturels, dans les narines, dans la bouche, et plus loin encore.

Enfin, dans cette inspection extérieure du cadavre des enfants retirés d'une fosse d'aisances, il ne faut pas négliger l'examen attentif du cordon ombilical. Dans aucune circonstance, il n'est plus nécessaire et ne fournit des indications plus précieuses. Il faut noter avec le plus grand soin l'état dans lequel il se présente, s'il est intact, le placenta ayant été expulsé en même temps que le nouveau-né, s'il a été rompu, ou s'il a été coupé, distinction sur l'importance de laquelle j'ai déjà insisté et qui peut facilement être faite à l'aide des signes que j'ai indiqués.

L'enfant a-t-il été jeté vivant dans la fosse? — C'est là la première question que l'expert doit se poser lorsqu'il a à

examiner le cadavre d'un enfant qui a été retiré d'une fosse d'aisance. Elle n'est pas en général difficile à résoudre.

Les lésions qui existent presque toujours sur le corps par suite des chocs et des frottements qu'il a subis dans sa sa chute, portent avec elles les caractères qui serviront à déterminer si elles ont été faites sur un enfant vivant encore ou déjà privé de vie. Ce n'est pas ici le lieu de tracer les différences qui permettent de reconnaître si une blessure a précédé ou suivi la mort (1). Je me contente de rappeler que la présence du sang coagulé autour des excoriations et des déchirures, et les ecchymoses disséminées sur le corps seront la preuve que l'enfant était vivant quand il a traversé les tuyaux de conduite. Le caractère que l'on peut tirer de la coloration vermeille et de l'injection des parties excoriées, fait souvent défaut dans les circonstances dont je parle; et c'est une particularité dont il est bon d'être averti. L'aspect blafard et plombé que revêt la peau sous l'influence de l'atmosphère méphitique de la fosse s'étend à toutes les lésions superficielles et pourrait faire croire qu'elles ont été faites après la mort, si on n'avait le soin de pratiquer des incisions sur tous les points excoriés et de constater dans le tissu cellulaire sous-cutané l'injection des vaisseaux capillaires, l'extravasation et l'infiltration du sang qui ne feront jamais défaut, si l'enfant a été jeté vivant.

Lorsqu'il existe, comme on le voit très-souvent, des fractures du crâne produites par l'écrasement de la tête au passage de l'orifice trop étroit de la lunette, ou par le choc brusque de la tête contre les parois du tuyau de conduite, ou bien encore par les efforts peu mesurés faits à l'aide d'instruments divers, soit pour pousser l'enfant dans le con-

(1) Voyez mon article BLESSURES, déjà cité, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866.

duit, soit pour l'en extraire, la distinction est encore plus facile. Car si l'enfant était vivant au moment où le crâne s'est brisé, de vastes épanchements de sang coagulé, sous le cuir chevelu et à la surface du cerveau, le décollement du péricrâne, la déchirure de la dure-mère, l'injection sous forme de liséré rouge, des bords, des fragments osseux ne pourront laisser aucun doute; surtout si l'on compare ces caractères avec l'absence d'épanchement, l'aspect blafard, la coloration uniformément brun-jaunâtre et l'absence de liséré que présenteront les os du crâne bien après la mort.

Enfin, ce qui est plus décisif encore, les matières de la fosse, chez l'enfant précipité vivant, se retrouveront, non-seulement dans la bouche et dans l'arrière-gorge, mais jusque dans l'estomac où elles n'ont pu être portées que par la déglutition. Rien de pareil ne se présente jamais chez l'enfant jeté dans la fosse après la mort; chez celui-ci, les matières s'arrêteront à l'entrée des narines et de la cavité buccale. Je n'en ai jamais rencontré dans les voies aériennes, ni dans l'un ni dans l'autre cas.

Mais il est un cas fort curieux que j'ai rencontré pour ma part déjà plusieurs fois, c'est celui où l'enfant est retiré soit de la fosse, soit du tuyau de conduite vivant encore après un séjour de plusieurs heures. Tantôt l'enfant engagé dans le tuyau de descente y glisse lentement, s'y arrête; ses vagissements sont entendus par les personnes qui se rendent au cabinet et il peut être extrait vivant. Parfois on s'est trompé sur la nature de ces cris que l'on a confondus avec les miaulements d'un chat. D'autres fois l'extraction ne peut être opérée dans le tuyau et l'enfant finit par tomber vivant dans la fosse; mais là même il peut arriver que trouvant une couche plus ou moins épaisse de matières presque solides il surnage étendu sur ce lit immonde et qu'il continue d'y vivre encore plusieurs heures. J'en ai vu un retiré ainsi vi-

vant après onze heures bien comptées. Mais le plus souvent ces enfants ne tardent pas à succomber, quelquefois presque aussitôt, quelquefois plus ou moins longtemps après avoir été retirés de la fosse. J'en ai vu mourir en moins d'une heure, d'autres au bout d'un jour. Bayard cite un cas où l'enfant a survécu quatre jours (1) après avoir été trouvé vivant à l'extrémité d'un tuyau de conduite qu'il avait suivi du haut de cinq étages. Quelquefois aussi l'enfant que l'on a entendu crier pendant un certain temps meurt avant qu'on ait pu le retirer, soit par le fait des blessures qu'il a pu se faire dans la chute, soit par la viciation de l'atmosphère de la fosse, mais non par submersion. J'ai vu dans un cas de ce genre, chez un enfant qui retiré vivant d'une fosse d'aisance était mort le soir, les poumons en partie à l'état fœtal et en partie pénétrés par l'air. Il avait manifestement succombé par suite de l'établissement incomplet de la respiration, qui avait été violemment entravée par le séjour dans l'atmosphère irrespirable de la fosse d'aisances. L'enfant dont Bayard a rapporté l'histoire et qui avait été retiré vivant du tuyau de conduite, était mort quatre-vingt-seize heures après sa naissance, d'une double pneumonie compliquée de sclérème. Je ne puis comprendre que Casper, ayant à se prononcer dans un cas semblable où un enfant également retiré vivant d'une fosse d'aisances avait succombé deux jours après, ait pu déclarer (2) « qu'il n'y avait aucun rapport entre la cause qui a produit la mort et les circonstances qui ont accompagné la naissance » ; par cette raison que si la chute de l'enfant dans la fosse avait causé sa mort, on aurait constaté d'abord des lésions extérieures, or nous savons qu'elles peuvent fort bien manquer ; et ensuite parce que la fin eût été plus prompte, or le fait de Bayard et mes propres observations

(1) Bayard, *Mémoire cité* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1re série, t. XXIV, p. 331).

(2) Casper, *loc. cit.*, p. 586.

montrent ce qu'il faut penser de cette assertion. Des désordres même très-graves peuvent ne pas entraîner la mort du nouveau-né dans ces conditions. M. le docteur Jayet a cité (1) le cas d'un enfant qui, précipité dans les latrines à un quatrième étage, avait été arrêté à la hauteur du premier par un coude du tuyau de conduite. Ses cris furent entendus et on le retira vivant. Apporté à l'hôpital de Versailles, il était pâle, flasque, dans un état de résolution musculaire et de torpeur. Mais peu à peu, sous l'influence de soins bien dirigés, il se ranima, la respiration devint plus facile et bientôt toutes les fonctions se rétablirent. Il survécut ainsi quatorze jours sans présenter aucun phénomène morbide. Mais à ce moment il fut pris, comme les autres enfants de la crèche, d'accidents gastriques et intestinaux de nature inflammatoire qui l'enlevèrent rapidement. On s'aperçut seulement en faisant l'autopsie du cadavre, qu'il existait chez cet enfant une énorme fracture du crâne avec caillot volumineux occupant toutes les parties latérales et postérieures de la voûte osseuse et résultant manifestement de la compression violente que l'on avait fait subir à l'enfant pour le faire passer à travers l'orifice trop étroit des latrines.

A ces cas de précipitation dans la fosse d'aisance, il faut rapporter ceux où il y a eu seulement tentative et où le nouveau-né a péri dans les latrines mêmes. J'en ai observé récemment un curieux exemple. Dans un garni habité par des maçons, une fille de service accouchée clandestinement pendant la nuit, traverse pour gagner les lieux d'aisance, en portant son enfant dans son tablier, une chambre où dormaient quatre individus. L'un d'eux à demi réveillé entend quelques vagissements qu'il prend pour les cris d'un chat. Le lendemain matin, avertie par des traces de sang qui se dirigeaient vers les latrines, la maîtresse d'hôtel découvre l'enfant

(1) Jayet, *Thèse citée*, p. 12.

dans la cuvette où la fille l'avait renfermé en replaçant le couvercle par-dessus, et où le cadavre avait peine à tenir. L'enfant n'avait pu passer par l'orifice trop étroit et était mort étouffé. On a cité des faits analogues d'enfants trouvés morts dans des chaises percées, au milieu des excréments.

L'enfant a-t-il pu par accident tomber dans les latrines au moment de l'expulsion ? — La question qui domine dans tous les cas où le cadavre d'un nouveau-né a été retiré d'une fosse d'aisances est celle de savoir s'il y a été jeté par une volonté criminelle et s'il n'a pas pu y tomber accidentellement. C'est là, on le comprend, ce que soutiennent invariablement les femmes, qui dans de semblables circonstances sont placées sous le coup d'une accusation d'infanticide. Leur déclaration est fort simple et on peut le dire stéréotypée. « J'ai été prise d'un besoin subit, je ne me savais pas près d'accoucher, et pendant que j'étais sur le siége, l'enfant est sorti et est tombé dans la fosse sans que j'aie pu l'en empêcher. » Quelques-unes vont plus loin et disent ne pas s'en être aperçues.

Il faut bien reconnaître que la chose en elle-même n'est pas matériellement impossible, et que si l'on se bornait à répondre d'une manière générale à une question abstraite, on serait conduit à admettre que lorsqu'une femme accouche sur les latrines, son enfant peut y tomber. Mais c'est ici qu'apparaît tout le danger d'une pareille méthode, et qu'on peut juger combien il importe que l'expert se tienne toujours en garde contre les thèses générales, et reste invariablement attaché au fait particulier qui lui est soumis. C'est, en effet, dans les détails de ce fait, et dans chacune de ses circonstances minutieusement analysées, que l'on pourra trouver les éléments d'une discussion sérieuse, et les preuves souvent décisives du peu de fondement des déclarations intéressées et mensongères de la femme accusée. Prenons donc la question par ce côté pratique, et

étudions-en avec tout le soin qu'elle mérite tous les éléments.

Il est un premier point : c'est de dire si la femme peut avoir confondu les douleurs de l'enfantement avec le besoin de défécation. Sans admettre que la confusion soit facile ou seulement possible, il est certain que le besoin se fait très-fréquemment sentir pendant l'accouchement, et qu'une pratique vulgaire consiste à débarrasser l'intestin au commencement du travail, pour éviter plus tard des évacuations intempestives. Les douleurs de l'enfantement agissent donc en réalité sur l'intestin, et provoquent le besoin d'aller à la garde-robe; de telle sorte que, sans confondre une sensation avec l'autre, la femme peut très-légitimement se rendre au cabinet, croyant avoir un besoin à satisfaire pendant le travail. Jusque-là il n'y a rien à objecter.

Mais pour que la femme accouche pendant qu'elle est sur le siége, pour que l'enfant tombe dans les latrines, et franchisse les orifices, s'engage dans les tuyaux de descente, et arrive ainsi jusque dans la fosse, il faut un concours de circonstances matérielles que l'on rencontrera fort rarement, et sur lesquelles doit, dans tous les cas, porter l'examen le plus attentif de l'expert.

Il doit insister pour obtenir des explications précises sur la position exacte dans laquelle la femme prétend être accouchée. Était-elle assise sur le siége des latrines, ou simplement accroupie? Cela n'est pas indifférent à connaître au point de vue de la possibilité de la chute directe de l'enfant des parties sexuelles de la mère, dans le tuyau ou dans la fosse. Si l'on compare, en effet, l'axe du bassin de la femme avec celui de la cuvette, on voit que tandis que le second est vertical, la direction du premier est très-oblique en avant; et que l'enfant expulsé dans ce sens, doit rencontrer les parois de la cuvette, et être arrêté contre les bords assez de temps et assez fortement pour que la précipitation

du corps du nouveau-né n'ait pas lieu immédiatement, et puisse être prévenue par la mère. Je suppose, dans ce cas, que la femme est accroupie; car il n'est guère possible qu'une femme reste complétement assise au moment des dernières douleurs expultrices : je suppose aussi que les lieux d'aisances sont pourvus d'une cuvette. Si le siége, en effet, était simplement percé d'un trou béant au-dessus de la fosse, sans tuyau de conduite, l'enfant n'étant pas retenu, pourrait à la rigueur tomber directement dans la fosse, ou du moins il faudrait chercher d'autres obstacles.

Mais revenant à la première hypothèse, celle qui se présentera dans l'immense majorité des cas, la cuvette et s'il n'y a pas de cuvette, le cône en maçonnerie qui en tient lieu se terminera par un orifice inférieur rétréci, tantôt ouvert, tantôt fermé par une soupape qui formera elle-même un obstacle de plus; mais dans l'un et l'autre cas, il est de la plus haute importance de s'assurer des dimensions exactes de cet orifice, et du rapport qui existent entre elles et celles de la tête du fœtus. De là, en effet, va dépendre la possibilité du passage spontané, et de la chute directe du corps de l'enfant. On sait que le diamètre occipito-frontal de la tête du nouveau-né à terme mesure 11 centimètres. Et par une coïncidence singulière, dans les conditions les plus ordinaires des constructions, du moins à Paris, le diamètre de l'orifice inférieur des cuvettes de lieux d'aisances ne dépasse pas habituellement 10 à 12 centimètres. Il est évident que la tête de l'enfant ne peut s'engager d'elle-même et facilement dans une ouverture aussi étroite; et après la tête, les épaules et le reste du corps qui ne sont plus alors, comme dans les derniers temps du travail de l'accouchement, comprimées et poussées à travers les parties de la femme par les contractions de la matrice. L'enfant ne traversera donc pas par son propre poids l'ouverture rétrécie des latrines. Il faut de

toute nécessité que la main de la femme infanticide aide à son passage par des pressions qui réduiront le volume du corps, et le précipiteront dans le conduit.

Mais ce conduit lui-même ne sera pas toujours franchi aisément et sans intervention étrangère. La construction des tuyaux de descente varie non-seulement quant à la nature des matériaux, mais encore quant à la forme et aux dimensions. Il n'y a ici aucune règle générale à laquelle on puisse se rapporter, il faut de toute nécessité recueillir les données spéciales à chaque cas particulier. Mais ce qui est constant lorsqu'il existe des cabinets aux différents étages d'une maison, c'est que chacun d'eux communique avec le tuyau de descente par un tuyau de branchement qui vient s'y rattacher à angle plus ou moins aigu, et qui est parfois très-court. Le corps de l'enfant qui a traversé l'orifice de la lunette ne tombe donc pas droit dans la fosse; il est sur un plan plus ou moins incliné, ralenti et souvent même arrêté dans sa chute par le coude de la conduite. Et là encore il faut que la volonté persistante et la main criminelle achève de le pousser et lui fasse franchir ce nouvel obstacle. Il n'est pas rare non plus que le tuyau de descente aille se rétrécissant et que même dans la verticale le corps soit arrêté à une certaine hauteur et obstrue la conduite. C'est même souvent cet engorgement du tuyau de chute qui fait découvrir l'infanticide. Les inconvénients qui en résultent, l'impossibilité de continuer à se servir des latrines forcent l'attention des habitants de la maison, amènent des opérations de dégorgement et on retire un cadavre d'enfant nouveau-né, seule cause de l'obstruction.

J'ai établi l'impossibilité matérielle de la chute spontanée de l'enfant au moment de la délivrance, en raison de la différence de direction de l'axe des parties de la femme et de celui des latrines; j'ai établi l'impossibilité matérielle du libre passage de la tête et du corps de l'enfant à travers

l'orifice ordinairement beaucoup trop étroit de la lunette inférieure; enfin j'ai montré les causes matérielles qui viennent retarder et même arrêter la chute directe et spontanée de l'enfant dans la fosse ; et de tout cela j'ai déduit l'intervention nécessaire, inévitable, d'une main criminelle. Mais il est d'autres preuves flagrantes en quelque sorte de cette intervention, ce sont les traces de violences que l'on trouve sur le cadavre et qui résultent des efforts quelquefois considérables qu'il a fallu faire pour l'engager et le pousser dans le chemin rétréci qu'il a eu à parcourir.

Les excoriations, les ecchymoses que nous avons indiquées comme se rencontrant fréquemment sur le corps des nouveau-nés retirés des fosses d'aisances, sont dans ce cas beaucoup plus nombreuses et plus profondes ; elles ne sont pas limitées aux parties saillantes de la tête, du tronc et des membres, comme lorsqu'elles sont simplement produites par le frottement de ces parties sur les aspérités de la descente. La direction parfois reconnaissable de ces excoriations peut être très-utilement mise à profit. Bayard, dans le cas que j'ai déjà cité, l'a invoquée d'une manière très-ingénieuse. Il a fait remarquer que les excoriations dirigées de bas en haut indiquaient que le corps avait été précipité par les pieds, tandis que la bosse sanguine qui existait comme de coutume au sommet du crâne montrait que l'enfant était né par la tête et que c'est par la tête qu'il aurait dû tomber dans le conduit des latrines.

Mais ce qui est plus significatif encore, ce sont les fractures du crâne que l'on rencontre si fréquemment dans les cas de la nature de ceux qui nous occupent. On ne peut la plupart du temps les attribuer raisonnablement à la chute du corps et au choc de la tête sur le sol de la fosse ou sur les parois du conduit, car cette chute est presque toujours amortie par les matières que renferme la fosse, et le corps du nouveau-né glisse plutôt qu'il ne heurte contre le tuyau. La vé-

ritable cause de ces fractures, et tous leurs caractères, leur étendue, leur siége, l'épanchement qui les accompagne le démontrent de la manière la plus évidente, est la compression violente de la tête qui l'a fait passer de force à travers l'orifice trop étroit de la lunette. Il y a là écrasement du crâne et l'on ne peut douter que de pareilles lésions impliquent nécessairement l'intervention active, l'effort énergique d'une main meurtrière.

Il est une dernière considération qui n'a pas moins de valeur et qu'il ne faut jamais négliger. C'est l'état du cordon ombilical. Il suffit souvent à lui seul pour réfuter les allégations mensongères les plus ordinaires des femmes qui prétendent être accouchées sur les latrines. La circonstance la plus favorable à ces prétentions, c'est que le placenta ait été expulsé en même temps que l'enfant et que l'on trouve le cordon intact. En effet, dans le cas surtout où la lunette serait largement ouverte, il serait difficile, en l'absence de traces de violence et si l'enfant était né vivant, de contester sinon le fait, du moins la possibilité de la chute directe. Mais c'est là en réalité, il faut le dire hautement, un concours de circonstances fort rare. Le plus ordinairement, le placenta et le corps de l'enfant se retrouvent séparés, c'est alors qu'il importe de rechercher avec la plus grande attention si le cordon a été coupé ou s'il a été rompu.

Dans le premier cas, la preuve du mensonge de l'accusée est inscrite dans la section nette du cordon. Elle ne peut soutenir qu'elle a été surprise par une brusque délivrance si l'expert établit qu'elle a coupé le cordon avec un instrument tranchant, c'est-à-dire après que l'enfant était né, et avant qu'il ait pu tomber de lui-même dans la fosse.

Dans le second cas, nous nous retrouvons en face de la question déjà soulevée à l'occasion des fractures du crâne attribuées à la chute sur le sol de l'enfant brusquement expulsé. Le cordon a-t-il pu se rompre sous le poids de

l'enfant et par suite d'une trop violente tension? Mais si déjà, dans la chute présumée sur le sol, j'ai dit combien il était difficile d'admettre la rupture du cordon, alors que l'enfant tombe librement et sans être soutenu autrement que par les parties de la mère, combien plus sûrement on peut la nier lorsque la femme est supposée avoir accouchée sur le siége des lieux d'aisances? Ne voit-on pas qu'ici le corps de l'enfant sera reçu dans la cuvette et qu'il n'y aura ni tension ni rupture possibles du cordon? Et dans le cas même que j'ai déjà dit rare, où la lunette serait béante au-dessus de la fosse, il resterait, pour combattre les déclarations de la femme, l'objection très-sérieuse tirée de la résistance du cordon très-supérieure, on le sait, dans les conditions normales, au poids du nouveau-né à terme.

Il est un ordre de recherches tout à fait spécial, mais qui peut être décisif dans la question particulière que nous agitons en ce moment, ce sont celles qui ont pour objet d'établir que l'accouchement s'est fait tout autre part que dans l'endroit où la femme prétend avoir été délivrée à l'improviste, et notamment dans les latrines. Les traces d'une hémorrhagie abondante et surtout certaines taches, sur lesquelles je reviendrai longuement et qui résultent du contact du corps du nouveau-né dont on peut retrouver l'empreinte sur les draps, entre les matelas, sur les vêtements de la mère, apportent une dernière preuve évidente, matérielle, palpable, que l'enfant n'est pas tombé tout droit dans les latrines en sortant du sein de sa mère, puisqu'il a été tenu caché ou enveloppé pendant un temps plus ou moins long avant d'être jeté dans la fosse. C'est dans ces cas également que l'on constate que l'enfant n'a été précipité qu'après sa mort et qu'il avait été préalablement étouffé ou étranglé.

Ainsi, pour me résumer sur ce point important, en analysant chacune des circonstances matérielles, la disposition des latrines, des tuyaux de conduite et de la fosse, les

dimensions des orifices, la posture prise par la femme au moment où elle dit être accouchée, la position dans laquelle s'est présenté l'enfant, les blessures qui peuvent exister sur le cadavre, notamment les fractures du crâne, l'état du cordon ombilical et enfin les traces péremptoires de l'accouchement et du séjour de l'enfant dans un lieu autre que les latrines, ainsi que les caractères d'un genre de mort violente autre que l'immersion dans la fosse, l'expert arrive à réunir un faisceau de preuves tellement solide que l'échafaudage de mensonges élevé par l'accusée ne peut résister aux coups répétés qu'il lui porte. C'est pour avoir négligé cette analyse minutieuse de tous les éléments du problème, et s'être embarrassé dans les généralités, au lieu de s'attacher aux données exactes du fait particulier sur lequel la justice appelle les lumières de la science, que des médecins instruits, mais étrangers à la pratique (1), ont échoué, et ont contribué à rendre plus obscure une question délicate sans doute, mais qui en réalité peut très-souvent être résolue avec une entière certitude.

INFANTICIDE PAR SUBMERSION.

Considérée comme cause de mort, la submersion se voit rarement dans l'infanticide; elle est au contraire assez commune en tant que moyen employé pour faire disparaître un enfant tué par un procédé différent.

La première question est donc de savoir si l'enfant, dont le corps a été retiré de l'eau, y a été jeté vivant ou mort. Il est bien entendu que l'on se sera assuré d'abord qu'il a respiré et que l'on aura recherché avec soin s'il existe soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, des traces d'une autre cause de mort violente.

(1) Adelon, *Rapport médico-légal sur une accusation d'infanticide* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1855, 2e série, t. IV, p. 453).

Quant aux signes de la mort par submersion, ils ne diffèrent pas chez le nouveau-né de ce qu'ils sont chez l'adulte : Des poumons très-volumineux gorgés d'eau et de sang, d'un aspect spongieux, présentant parfois quelques larges suffusions séro-sanguinolentes sur la plèvre essentiellement différente des ecchymoses ponctuées de la suffocation ; dans l'estomac, une certaine quantité d'eau en général assez abondante, et dont la présence est plus caractéristique encore chez le nouveau-né que chez l'adulte. Si le corps a séjourné un certain temps dans l'eau, il offre les traces de la putréfaction rapide, avec gonflement et coloration verdâtre du cadavre, développement de gaz très-considérable, plissement et blanchiment de la paume des mains et de la plante des pieds, détachement de l'épiderme et plus tard ramollissement, destruction partielle des parties molles (1).

Une question toute spéciale, mais qui se rattache à l'infanticide par submersion, peut naître du cas où par une circonstance vraie ou supposée, l'accouchement aurait eu lieu dans le bain ; et où la mort de l'enfant serait la conséquence de ce fait. J'ai eu il y a peu de temps à me prononcer sur un cas de ce genre, et j'ai relevé quelques particularités qui seraient de nature à démontrer la fausseté d'une semblable allégation. La persistance à la surface du corps du nouveau-né de l'état sanguinolent et des souillures qu'il présente d'ordinaire serait inconciliable avec un séjour même peu prolongé dans l'eau, qui n'eût pas manqué de les faire disparaître. D'un autre côté, si l'on trouve les poumons complétement dilatés par l'air, on a la preuve manifeste que l'enfant n'est pas né dans le bain et n'y est pas

(1) Schneider de Falda, *Rapport sur le cadavre d'un enfant nouveau-né qui avait séjourné longtemps dans l'eau*, extrait des *Annales de Henke*, par Marc (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1re série, 1836, t. XVI, p. 362).

mort noyé, c'est-à-dire par privation d'air. Du reste, une femme pourrait à la rigueur accoucher dans le bain, ce qui, pour le dire en passant, n'a guère lieu dans les conditions de clandestinité nécessaire à l'infanticide, sans que son enfant mourût. Le nouveau-né, encore attaché à sa mère par le cordon ombilical, continuera de vivre par la circulation utéro-placentaire et le fonctionnement de la vie fœtale, même sous l'eau, et pourra y séjourner un certain temps sans danger. Les expériences célèbres d'Edwards trouvent ici une application très-légitime.

En résumé, l'expert sera en droit de conclure que la femme n'est pas accouchée dans le bain ainsi qu'elle le prétend, si le corps de l'enfant n'a pas été lavé par l'eau et si les poumons ont manifestement respiré. Enfin, en admettant que la femme fût réellement accouchée dans le bain, ce ne serait pas une raison pour que l'enfant fût mort noyé. L'état du cordon ombilical, les traces d'un autre genre de mort violente achèveront d'éclairer la question.

INFANTICIDE PAR PLAIES ET MUTILATIONS.

Il n'est pas très-rare de trouver des cadavres d'enfants nouveau-nés coupés en morceaux; mais ce n'est pas pendant la vie que ces mutilations ont été faites; et elles n'ont servi qu'à faciliter la disparition du corps après l'infanticide accompli. Je ne connais pas d'exemple de cas dans lesquels on ait constaté avec certitude qu'un nouveau-né ait été ainsi découpé vivant. Toulmouche en cite un qui peut laisser quelque doute (1). Toutefois, il y a souvent dans le fait même de la division du cadavre par fragments et dans la manière dont elle a été opérée, plus d'un indice impor-

(1) Toulmouche, *Observation et rapport médico-légal relatif à un cas rare d'infanticide* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1re série, t. L, p. 200).

tant à recueillir et pouvant jusqu'à un certain point dénoncer la main qui a agi.

Tantôt, en effet, le petit cadavre a été coupé par quartier comme un animal destiné à quelque préparation culinaire, et l'on reconnaît là le procédé familier aux servantes habituées à manier le couperet : on sait combien il est fréquent de voir les accusations d'infanticide peser sur cette classe. D'autres fois les quatre membres ont été désarticulés, la tête séparée du tronc, et l'opération peut révéler une main plus ou moins habile. Dans le plus grand nombre des cas, il est manifeste que la division du cadavre a simplement été destinée à en diminuer le volume, et à faciliter la dispersion des fragments, qui sont jetés au hasard dans une mare, une rivière, un égout, ou plongés dans une fosse d'aisance ou enfouis. Mais quelquefois la mutilation précède une véritable coction, et les fragments placés dans une marmite pleine d'eau sont soumis à l'ébullition prolongée. Les faits de cet ordre méritent d'être cités, car ils soulèvent naturellement des doutes sur l'état mental de la femme accusée. Dans l'un, une femme tue son enfant, le découpe et en fait cuire un membre dans des choux (1). Une autre jette le cadavre dans un chaudron où elle avait fait bouillir de la lessive ; et après l'y avoir laissé un certain temps, elle le retire et se met à le déchirer avec les mains ; puis elle le divise en très-petits morceaux et à l'aide d'une pelle fait entrer violemment ces lambeaux informes dans la bonde d'un baril de vinaigre (2). Parfois, ce sont les pourceaux qui se chargent de faire disparaître les

(1) Dr Reisseisen, de Strasbourg, *Examen médico-légal d'un cas extraordinaire d'infanticide*, extrait des *Annales de Kopp*, par Marc (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1832, 1re série, t. VIII, p. 397).

(2) Dr Thoinnet d'Ancenis, *Rapport médico-légal dans une affaire d'infanticide*, jugée le 16 décembre 1865 par la Cour d'assises de la Loire-Inférieure.

produits de cette cuisine immonde. Il ne serait pas difficile à l'expert de reconnaître que les fragments du cadavre mutilé ont subi la coction. Les chairs se détachent facilement des os et ont pris la teinte de la viande cuite ; la peau est décollée, le cristallin durci est devenu blanc et opaque ; le tissu des poumons est compacte et de couleur ardoisée et ces organes se précipitent au fond de l'eau et restent submergés, même quand ils ont respiré. Les expériences comparatives faites par M. le docteur Thoinnet (d'Ancenis) sur des poumons de veau et que j'ai déjà citées, établissent ce résultat important au point de vue de la docimasie pulmonaire.

Mais ces mutilations faites après la mort ne sont pas les seules que l'on rencontre dans l'infanticide. Il y a des cas dans lesquels le meurtre du nouveau-né est la conséquence directe de blessures faites avec des instruments piquants ou tranchants dont la nature n'est pas indifférente à rechercher. En effet, il n'est pas sans intérêt de constater que les instruments vulnérants le plus souvent employés sont des poinçons, des aiguilles, des ciseaux, les armes de la femme.

A l'aide des premières, des piqûres sont faites à la tête, au niveau des fontanelles ; et l'hémorrhagie qui suit l'ouverture des sinus de la dure-mère, plus que la lésion du cerveau, détermine rapidement la mort. C'est là un procédé très-connu et qui jouit d'une funeste notoriété. D'autre fois, l'instrument perforant est dirigé sur le rachis et sur la moelle épinière ; ou encore dans la région du cœur. On connaît l'exemple d'une pauvre idiote qui avait enfoncé des aiguilles en grand nombre dans le cœur de son enfant.

Les blessures faites avec les ciseaux sont souvent au sommet de la tête, et intéressent soit le cuir chevelu seul, soit les membranes, soit les lames osseuses elles-mêmes. Leur

forme est caractéristique ; elle dessine un V ou un M, leurs bords sont ordinairement un peu contus et infiltrés de sang coagulé. Dans d'autres cas, c'est à la région cervicale qu'ont été portés les coups de ciseaux. Mais quelquefois, Ollivier d'Angers en avait cité un exemple (1), et j'en ai vu moi-même un semblable, les ciseaux ont été introduits dans le fond de la gorge et coupant, déchirant et piquant à l'aveugle sur la langue, dans le pharynx, le larynx, la trachée et jusqu'aux vaisseaux profonds, ils produisent une hémorrhagie mortelle dont la cause pourrait passer inaperçue, si l'expert négligeait d'examiner toujours avec soin l'intérieur de la bouche et l'arrière-gorge du nouveau-né, ainsi que l'estomac que l'on trouve parfois rempli de sang.

Enfin à l'aide d'un instrument tranchant : couteau, rasoir, couperet, des sections profondes sont faites, soit au cou, soit sur les membres, et dans ces cas encore, c'est par l'hémorrhagie souvent foudroyante que les enfants périssent. Les blessures de ce genre sont fréquemment multiples ; je les ai vu trancher le cou presque complétement et diviser en partie la colonne vertébrale. MM. Isnard et Dieu ont cité le cas d'une femme qui avouait avoir porté des coups de couteau sur la tête de son enfant pendant qu'il était encore au passage (2).

Les blessures ont-elles été faites pendant la vie ou après la mort? — Il est à peine nécessaire de rappeler que chez le nouveau-né, comme chez l'adulte, l'existence de blessures soulève nécessairement la question de savoir si elles ont été faites pendant la vie ou après la mort.

Je ne veux pas revenir sur les caractères généraux des blessures faites pendant la vie, j'ai déjà montré le parti que

(1) Ollivier (d'Angers), *Mémoire cité* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1re série, t. XXIX, p. 149).

(2) Isnard et Dieu, *Revue rétrospective des cas judiciaires*. Paris, 1847, p. 59.

l'on pouvait tirer, pour démontrer qu'un enfant nouveau-né avait vécu, de la présence du sang coagulé dans les plaies constatées sur le cadavre. Ces plaies elles-mêmes lorsqu'elles ont été faites sur un enfant qui n'était pas encore privé de vie ont un aspect vermeil, une coloration d'un rouge vif, tout à fait opposé à la lividité, à la teinte blafarde, à l'absence d'afflux sanguin qui caractérisent les solutions de continuité faites après la mort. Il en est de même des surfaces divisées par des mutilations et des sections complètes, qui, opérées sur le cadavre, ne présentent ni infiltration sanguine, ni liséré rouge, soit des parties molles, soit des os.

En outre, il ne faut pas oublier que c'est l'hémorrhagie qui fait périr le nouveau-né dans la plupart des cas où le cadavre porte la trace des blessures profondes ; et que les signes de l'hémorrhagie se reconnaîtront aisément. Cependant on devra tenir compte des cas assez nombreux dans lesquels l'infanticide résulte de violences multiples.

Enfin, il est certaines particularités qui peuvent être mises à profit pour déterminer si le nouveau-né a été frappé pendant la vie. Le lieu où le crime a été commis peut être souillé de taches de sang ; et l'on est en droit de supposer, lorsque ces taches consistent en gouttelettes qui ont jailli à une certaine hauteur, que les blessures ont divisé des vaisseaux où le sang circulait encore et d'où il a été violemment projeté par l'impulsion du cœur. Bayard (1) a fort insisté sur cette circonstance. Elle n'a cependant pas autant d'importance ni surtout une signification aussi absolue qu'il a semblé le croire, car si le cadavre mutilé d'un nouveau-né a été brusquement déplacé, il a pu se faire que quelques gouttes de sang fluide mais non vivant, s'écoulant des surfaces divisées, aient été projetées à une

(1) Bayard, *Considérations médico-légales sur l'avortement provoqué et sur l'infanticide* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1847, 1re série, t. XXXVII, p. 443.)

certaine distance. Tout dépend donc ici des conditions particulières dans lesquelles le fait se sera produit : de la nature des blessures d'une part, du nombre et de la situation des taches formées par jaillissement et enfin des preuves matérielles qui pourront être recueillies touchant le déplacement du cadavre. Sous cette réserve, l'inspection des lieux où a été accompli le meurtre du nouveau-né et la projection du sang hors des vaisseaux, sur la place et au moment où les blessures ont été faites, peuvent fournir des indices sérieux au point de vue de la question qui vient de nous occuper.

Les blessures sont-elles le fait d'opérations obstétricales ? ont-elles précédé la naissance ? — Il est une autre question qui se pose d'elle-même à l'expert en présence des blessures qu'il constate sur le cadavre du nouveau-né, c'est celle de savoir si elles ne peuvent pas être le résultat de quelque opération obstétricale, ou de quelque accident survenu pendant l'accouchement, et alors que le fœtus était encore contenu dans le sein de sa mère.

On sait que l'accoucheur peut se trouver dans l'obligation de mutiler l'enfant qui va naître, soit pour sauver la mère, soit pour opérer la délivrance. La seule intervention de l'homme de l'art est déjà une garantie contre tout soupçon d'infanticide. Mais de plus, les blessures qui ont pour origine des manœuvres obstétricales ont un caractère tellement spécial, qu'elles ne peuvent guère être confondues avec d'autres. J'ai déjà fait ressortir ces dissemblances en parlant des fractures du crâne, et des désordres que peut produire le forceps ou le céphalotribe Quant à des mutilations plus profondes, l'ablation d'un membre par exemple, il convient de ne pas perdre de vue que l'accoucheur, à moins de tomber dans une de ces lourdes erreurs dont la loi le rend responsable comme d'une véritable faute, ne pratiquera jamais une semblable opération sans avoir acquis

la certitude que le fœtus est mort. Et les constatations de l'expert, en établissant que l'enfant est mort-né, enlèveront toute apparence criminelle à ces mutilations. Dans le cas où, par impossibilité, elles auraient eu lieu sur un enfant non privé de vie, elles n'eussent pas nécessairement entraîné la mort. Qui ne se rappelle le fait déplorable tant de fois cité comme exemple de responsabilité médicale, dans lequel un médecin, trompé par la coloration presque noire des deux membres supérieurs dont il constatait la procidence dans un accouchement difficile, et les croyant envahis par la décomposition cadavérique, les avait enlevés successivement, et n'avait pas tardé à recevoir un enfant mutilé et vivant. Il n'y a pas place ici pour une suspicion d'infanticide.

Enfin est-il nécessaire de parler des cas vraiment exceptionnels qui concernent des enfants venus au monde avec des mutilations qui se sont opérées durant la vie intra-utérine, et auxquelles on a donné le nom d'*amputations spontanées*. Les faits dont il s'agit sont extrêmement rares et auraient certainement besoin d'être éclaircis et expliqués plus sûrement qu'ils ne le sont généralement; on s'accorde à les rapporter à l'action de brides fibreuses qui, formées à l'intérieur même de l'œuf sous l'influence d'une cause assez difficile à déterminer, ont arrêté le développement des membres du fœtus. Ce qui est constant, c'est que ces amputations spontanées portent exclusivement sur les extrémités. En ce qui touche l'infanticide, on comprend d'ailleurs qu'il n'y a pas de confusion possible entre les blessures récemment faites après la naissance sur des nouveau-nés vivants et les mutilations anciennes, d'ordinaire complétement séparées, qu'apportent en sortant du sein de leur mère les fœtus vivants ou morts dont les membres sont réduits à des moignons informes. Il y a là un véritable arrêt de développement, dont le médecin légiste n'a pas à rechercher

les causes, et non une blessure, une trace de violence qu'il puisse rattacher à un crime.

INFANTICIDE PAR COMBUSTION.

Le feu a plus d'une fois servi à faire disparaître les victimes du crime d'infanticide; et, dans ces derniers temps, un des plus tristes procès de notre temps a donné à cette pratique une notoriété qui n'a pas peu contribué à en multiplier les exemples. Depuis l'affaire Lemoine, jugée à Tours en 1859, et sur laquelle je reviendrai avec détails, j'ai été appelé plusieurs fois à constater des faits du même genre qui se sont produits, soit à Paris, soit en province, notamment à Bourges, un mois après les débats de la Cour d'assises d'Indre-et-Loire, et trois mois plus tard, en Vendée, à Fontenay-le-Comte, plus récemment enfin à Joigny. Ces faits tendent à se reproduire avec une fréquence redoutable. Par cela même qu'elle a perdu le caractère exceptionnel qui lui appartenait lorsque Orfila et Ollivier d'Angers en ont observé chacun un cas, la combustion du corps des nouveau-nés a pris une importance considérable et doit occuper une place qui lui a été refusée jusqu'ici dans l'histoire médico-légale de l'infanticide.

Il faut dire ici que, bien que l'enfant soit à peu près toujours livré aux flammes après qu'il a été déjà privé de vie, il n'est pas impossible qu'il soit brûlé vif; et s'il est le plus souvent impossible à l'expert d'acquérir une certitude à cet égard, il importe qu'il soit averti et qu'il ne néglige rien de ce qui pourrait le renseigner sur ce fait.

La combustion peut être complète ou incomplète, et le cadavre peut être tantôt incomplétement carbonisé, tantôt réduit en cendres; le feu peut enfin n'avoir agi qu'à distance et de façon indirecte. Dans ces cas divers, les conditions de l'expertise varient considérablement; mais sous quelque

forme et dans quelque circonstance qu'elle se présente, elle exige toujours avant tout que le médecin légiste se préoccupe des moindres indices qui pourront l'aider à résoudre les questions essentielles de tout infanticide, à savoir si l'enfant est né à terme, s'il a vécu et s'il a été jeté au feu vivant ou mort, de quelle manière enfin il a péri. Les recherches sur ces différents points seront toujours fort difficiles, parfois même impossibles; mais c'est un motif de plus d'y apporter plus de rigueur et d'attention.

Si l'on considère d'abord les cas où l'action d'une haute température ne s'est exercée qu'à une certaine distance et d'une façon indirecte, il est possible que le corps porte la trace de brûlures plus ou moins étendues, plus ou moins profondes, dont les caractères : aréole rouge, phlyctènes remplies d'un liquide fibrineux, injection du derme, révéleront qu'elles ont été faites sur un corps doué de vie. Mais alors même que le cadavre est resté assez intact pour que les poumons soient retrouvés, il ne faut pas oublier qu'ils auront souvent subi une véritable coction et qu'ils se présenteront dans un état analogue à celui dont j'ai déjà parlé et qui résulte de l'ébullition dans l'eau, c'est-à-dire complétement privés de l'air qui a pu y pénétrer, et ne surnageant pas alors même qu'ils auraient respiré. J'ai eu à procéder, au mois de novembre 1864, à l'autopsie d'un enfant nouveau-né dont il ne restait qu'une moitié du corps en partie carbonisée. On pouvait reconnaître qu'il avait vécu au point osseux très-visible encore dans l'extrémité condylienne du fémur. Les côtes avaient résisté et le poumon subsistait, mais complétement cuit; son volume était cependant assez considérable pour qu'il fût permis de croire qu'il avait été pénétré d'air et de sang par le fait de la respiration. Il devenait ainsi probable que cet enfant, certainement né à terme, avait vécu. C'est tout ce que la combustion partielle du cadavre permettait de conclure.

Dans d'autres cas, si le corps du nouveau-né a été exposé à une chaleur forte et prolongée, il peut subir une véritable momification. L'exemple suivant, l'un des plus curieux que j'aie recueilli dans ma longue pratique, montre que dans les cas de ce genre, et même après un temps très-long, il n'est pas toujours impossible d'établir les caractères d'identité du nouveau-né, et le fait de la vie, et le genre de blessures qu'il a subies. C'était au mois de décembre 1849, dans une maison de la rue de Tournon, habitée par l'un de nos plus célèbres confrères. Dans le cours de travaux de réparation, on découvrit dans une espèce de placard abandonné, derrière le tuyau d'un calorifère, le cadavre aplati et momifié d'un nouveau-né. Les dimensions et le développement général du corps indiquaient positivement qu'il était venu à terme. Seulement il était desséché et offrait la consistance du carton ; sa couleur était d'un jaune orangé. Cette momie ne pesait pas plus de $1^{k},25$; le cadavre desséché par la chaleur avait donc perdu environ les deux tiers de son poids. Il exhalait une odeur empyreumatique semblable à celle qui s'échappe des matières animales soumises à une haute température. Je dois insister sur une particularité qui fixa à un haut degré mon attention et qui, en cas pareil, pourrait se rencontrer. Une fracture avec enfoncement existait sur le crâne. Chose remarquable, les parties molles en ce point n'étaient pas aussi complétement desséchées que sur les autres parties, aux membres, à la poitrine et sur la colonne vertébrale. Les chairs avaient conservé, au niveau de la fracture, une certaine mollesse, une plus grande épaisseur, une coloration verdâtre, et se laissaient détacher avec facilité. Ces différents caractères étaient pour moi la conséquence manifeste d'indices certains d'un épanchement de sang dans cette région, et par suite, la preuve sinon certaine, du moins fort probable, que la fracture s'était produite du vivant de l'enfant. L'enquête avait établi, d'un autre côté,

que le fait remontait à cinq ou six ans. A cette époque, une femme attachée au service des locataires de l'appartement réparé avait précipitamment quitté la maison sans motif apparent et avait regagné la Belgique, son pays : tous les soupçons se réunissaient sur elle. Dans ces circonstances si particulières, l'expertise médico-légale arrivait, comme on le voit, à des résultats importants et était parvenue à établir que ce cadavre momifié appartenait à un enfant né à terme; qui avait eu à la tête une fracture avec enfoncement des os et épanchement de sang, et qui, très-probablement, vivait encore quand il avait eu le crâne écrasé. L'action de la chaleur prolongée pendant plusieurs années, et la combustion lente qu'il avait éprouvée, n'avaient pu rendre tout à fait infructueuses les recherches et les constatations de l'expert.

Le cas le plus fréquent, c'est celui où l'on ne retrouve plus que les cendres du cadavre livré aux flammes, soit qu'il ait été complétement consumé, soit que l'on en rencontre encore quelques débris. La combustion a eu lieu tantôt dans un poêle fermé, tantôt dans une cheminée où le cadavre s'est trouvé mêlé, non-seulement avec le combustible, mais encore avec des détritus de différentes sortes abandonnés dans le foyer. Et les cendres dont l'examen offre, dans tous ces cas, une importance capitale, sont à la fois très-abondantes et d'origine très-complexe.

Il faut avant tout les trier et les tamiser avec soin, et pour peu que l'on y apporte d'attention, on y retrouve presque constamment des fragments d'os plus ou moins calcinés. Mais là n'est pas la difficulté. Il faut déterminer avec certitude la nature de ces ossements. Or, dans le foyer d'une cuisine, où ont lieu en général les crémations de cette espèce, on rencontre nécessairement des débris osseux provenant de toutes sortes d'animaux comestibles : porcs, lapins, volailles. Et, bien qu'au premier abord la destruction semble devoir être facile, il s'en faut de beaucoup qu'il en

soit ainsi. J'ai vu plus d'une erreur commise sur ce point, et les anatomistes les plus exercés hésitent souvent à se prononcer. Il faut cependant que le médecin légiste arrive à une certitude absolue avant de conclure, et, pour cela, il ne devra jamais s'en tenir à un simple aperçu ou à une impression superficielle. Si les fragments osseux soumis à son examen ne sont pas assez volumineux ni assez intacts pour qu'il soit possible de les reconnaître et de les caractériser à la première inspection, il convient de recourir au seul procédé qui permette de se décider en toute connaissance, c'est-à-dire à un examen comparatif des débris trouvés dans les cendres et des os d'un fœtus humain d'âge connu.

Les fragments d'os sont quelquefois en très-grand nombre et parfois aussi tellement morcelés qu'il semble impossible d'en découvrir la provenance. J'ai pu cependant, par le procédé de comparaison que j'indique, parvenir à reconnaître la partie centrale du sphénoïde d'un nouveau-né, la clavicule et d'autres os aussi mal caractérisés. C'est surtout pour les os longs et avec ceux du poulet et du lapin que la confusion peut se produire. Mais il est, à cet égard, une remarque importante que je recommande à mes confrères. Les diverses portions du squelette du nouveau-né présentent toutes une ossification incomplète, tandis que les os qui appartiennent à des animaux destinés à l'alimentation sont généralement complétement formés. On ne mange pas des fœtus de poulet ou de lapin, mais des animaux qui ont dépassé l'âge auquel le squelette a atteint son développement.

En même temps que le cadavre du nouveau-né, le délivre a été souvent jeté au feu. Il m'est arrivé récemment, dans une affaire qui s'est présentée dans le département de l'Yonne et pour laquelle j'avais été commis avec mon savant collaborateur M. Roussin, de retrouver un charbon très-léger, très-poreux, qui conservait la forme exacte du

placenta dont on reconnaissait la trame et la structure. Nos recherches dans ce cas avaient porté sur 25 kilogrammes de cendres, masse énorme qui complique singulièrement et embarrasse l'examen de l'expert.

Si les recherches les plus attentives n'ont pas permis de retrouver des os ou des fragments d'os que l'on puisse rapporter manifestement au squelette d'un fœtus humain, il reste une dernière ressource dans l'analyse chimique des cendres qui fournira des données, non pas absolument concluantes, mais du moins dignes d'intérêt. Orfila, à l'occasion d'un fait de la nature de ceux que nous étudions, ayant été commis par la justice à l'effet de reconnaître si des cendres, que l'on supposait provenir de la combustion d'un fœtus, contenaient quelques éléments propres à déceler le fait, entreprit une série d'expériences, au nombre de seize, qui ont été longtemps les seules données scientifiques sur lesquelles put s'appuyer une expertise de cette nature (1). Mais ces analyses sont loin de répondre à la question que soulève la combustion d'un fœtus humain. Orfila s'est principalement attaché à comparer, au point de vue des réactions chimiques, les cendres humaines avec les cendres de bois. Il a démontré que les cendres humaines ou, pour parler plus exactement, les cendres animales, calcinées avec la potasse, donnaient du cyanure de potassium ; que, traitées par les 2/5 de leur poids d'acide sulfurique pur et concentré, elles produisaient un dégagement de gaz sulfhydrique ; tandis qu'avec les cendres de bois, on n'obtenait aucune de ces réactions. Il a vu que si l'on prolonge l'action de l'acide sulfurique, il se forme du biphosphate ou phosphate acide de chaux.

Mais ces caractères, qui permettent bien de distinguer les cendres animales des cendres végétales, sont ab-

(1) Orfila, *Recherches sur l'infanticide* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1845, 1re série, t. XXXIV, p. 129).

solument insuffisants. M. Z. Roussin a très-justement fait remarquer qu'ils ne sont pas applicables aux cendres de houille et de coke qui contiennent une grande quantité de soufre et très-souvent aussi une matière azotée qui pourraient fournir, d'une part, le gaz hydrogène sulfuré et de l'autre le cyanure de potassium. Ce qui est beaucoup plus important et vraiment caractéristique, c'est la proportion de fer que l'on retire des cendres soumises à l'analyse chimique. Des cendres végétales ou minérales n'en renferment que des traces ; mais on en trouve au contraire une quantité relativement considérable si elles proviennent de la combustion d'un animal. Dans l'affaire dont j'ai parlé déjà et où l'expertise nous a été confiée à M. Roussin et à moi, les cendres contenaient une dose de fer d'autant plus élevée qu'outre le fœtus, le placenta avait brûlé, et que, en raison de la grande quantité de sang qu'il renferme, cet organe avait contribué à augmenter beaucoup les proportions du fer contenu dans les cendres.

Les faits que je citerai à la suite de cette étude compléteront les données qui peuvent être mises à profit dans les expertises médico-légales, relatives aux cas d'infanticide dans lesquels le corps des nouveau-nés a été livré aux flammes. Mais dès à présent, on voit que l'examen anatomique des fragments d'os recueillis dans les cendres, et l'analyse des cendres elles-mêmes peuvent, dans le plus grand nombre des cas, conduire sinon à la solution complète de toutes les questions que soulève l'infanticide, du moins à la démonstration du fait de la combustion du cadavre d'un fœtus humain et de l'âge de ce fœtus. Quelque incomplets que soient ces éléments de preuves, ils sont néanmoins d'une grande importance et ont plus d'une fois assuré l'action de la justice en aidant à la manifestation de la vérité, notamment dans l'affaire Lemoine et dans les procès criminels auxquels j'ai été mêlé à Bourges, à Na-

poléon-Vendée, où le jury s'est déclaré convaincu de la culpabilité.

Quelques particularités accessoires de la combustion ont parfois donné lieu à des questions secondaires. J'ai eu, pour ma part, à répondre à celle de savoir si la combustion du corps d'un fœtus ne devait pas nécessairement dégager une odeur spéciale et très-forte. Le fait vaut qu'on le cite: une femme, détenue à Saint-Lazare, avait réussi à dissimuler son accouchement opéré dans la prison; pendant trois jours, après avoir étouffé son enfant, elle l'avait porté, caché et cousu dans ses jupons, de manière à paraître toujours enceinte. Elle avait coutume de se rendre utile dans le service de la maison et jouissait ainsi d'une assez grande liberté. Profitant de l'heure où les détenues étaient descendues au préau, elle pénétra dans un atelier et jeta son enfant dans le poêle où il se consuma tout entier sans que personne s'en fût douté. Ce n'est que quinze jours plus tard que le fait fut dénoncé par une femme à qui la coupable l'avait confié. Il parut impossible à croire, et c'est sur la sincérité des aveux de l'inculpé que je fus consulté. L'inspection des lieux pouvait seule m'éclairer, car dans les cas de ce genre, tout dépend des circonstances matérielles dans lesquelles s'est opérée la combustion. A Saint-Lazare, elles se réunissaient pour faciliter la destruction rapide et complète du cadavre; le corps avait été placé au milieu d'un brasier ardent, dans un large poêle de fonte fermé hermétiquement par une lourde cloche, et pourvu d'un tirage puissant. Toutes les fenêtres et toutes les portes étaient restées grandes ouvertes pendant environ une heure que les détenues étaient restées hors de l'atelier, et si quelque odeur s'était produite, ce qui pouvait fort bien avoir eu lieu, elle avait entièrement disparu lorque les femmes s'étaient remises au travail.

La question soulevée dans ce cas particulier ne peut donc être résolue d'une manière générale, et exige une apprécia-

tion suivie des conditions de lieu, de temps et d'activité dans lesquelles s'est opérée la combustion. La nature du foyer, la quantité de combustible, la direction et l'énergie du tirage, doivent être également prises en considération par l'expert qui aura à juger si la combustion du fœtus a pu s'opérer avec ou sans odeur.

Il faut ajouter, pour terminer sur ce point, que bien souvent des éléments étrangers au fait même de la combustion pourront éclairer l'expert et la justice sur les conditions dans lesquelles l'enfant est né, et en particulier sur la question de savoir s'il a vécu et s'il a été jeté au feu vivant. La combustion est le plus souvent l'œuvre d'un complice, la grand'mère de l'enfant à Tours et à Bourges, le père en Vendée, une amie à Clichy, et tant d'autres. Or, le témoignage de la mère qui n'a pas toujours consenti à laisser brûler son enfant, acquiert une importance considérable. On se rappelle de quel poids ont pesé, dans l'affaire Lemoine, les déclarations de la jeune Angelina, assurant qu'elle était accouchée à terme, qu'elle avait vu son enfant remuer, et que sa mère l'avait étouffé avant de le jeter dans le feu. De telles allégations contrôlées par le médecin expert s'ajoutent utilement aux données que peut fournir l'examen des débris de la combustion et des cendres qui en proviennent.

INFANTICIDE PAR HÉMORRHAGIE OMBILICALE.

L'hémorrhagie ombilicale a longtemps occupé une place considérable dans l'histoire médico-légale de l'infanticide; elle tenait le premier rang parmi ces causes qui produisaient la mort du nouveau-né par omission, et que l'on opposait au meurtre direct ou par commission. On considérait qu'au nombre des soins que réclame le plus impérieusement le nouveau-né au moment où il vient de naître, et où il doit être séparé de sa mère par la section du cordon, la ligature

de l'extrémité ombilicale de ce cordon était le plus urgent et celui dont l'omission faisait courir au nouveau-né le plus de dangers. Fodéré, dans un mémoire qui est un chef-d'œuvre de critique et d'observation (1), a parfaitement résumé les diverses opinions des médecins légistes sur ce point.

En fait, l'hémorrhagie ombilicale est l'une des causes de mort que l'on a le moins souvent à constater dans l'infanticide, bien que le cordon n'ait presque jamais été lié chez les enfants qui périssent victimes de ce crime. Il y a, dans cette double circonstance, une contradiction apparente qui a besoin d'être expliquée et sur laquelle nous devons insister.

Le défaut de ligature du cordon n'entraîne pas nécessairement l'hémorrhagie: c'est là un premier point incontestable. Le cordon, il n'est pas inutile de le rappeler, est tantôt coupé par une section nette, tantôt rompu et comme arraché. Dans ce dernier cas qui rappelle assez bien la manière dont les femelles d'animaux divisent avec les dents le cordon de leurs petits, l'écoulement du sang est naturellement arrêté par l'espèce d'attrition qu'ont subie les vaisseaux, et par la rétraction et l'occlusion qui se sont opérées presque immédiatement. Mais lorsque le cordon a été coupé et que les vaisseaux restent béants au niveau de la section, s'il peut arriver que le sang continue de couler, souvent aussi il ne tarde pas à s'arrêter spontanément.

Il y a à faire ici, en effet, une distinction nécessaire généralement omise par les auteurs, et que M. le docteur Lorain (2) a eu le mérite de mettre dans tout son jour. Le

(1) Fodéré, *Coup d'œil historique et critique sur les diverses opinions des médecins légistes, relativement à l'hémorrhagie ombilicale considérée comme cause de la mort des nouveau-nés* (*Bull. de la Soc. méd. d'émulat.* Paris, juin 1809).

(2) Lorain, *De la fièvre puerpérale* (thèse citée).

cordon ombilical est formé, comme on sait, d'une veine et de deux artères, et ces vaisseaux, d'ordre différent, se comportent différemment quand la section en est faite immédiatement après la naissance. L'hémorrhagie veineuse devra s'arrêter d'elle-même, par le seul fait de l'établissement régulier de la respiration. Mais en ce qui touche les artères ombilicales, l'effet est inverse ; plus la respiration s'exerce librement, plus la circulation générale devient active, et le sang puissamment chassé par le cœur, s'écoule à travers l'orifice des artères divisées; l'hémorrhagie ombilicale artérielle a de la tendance à continuer. Ce sont là les principes de physiologie qu'invoque justement M. Lorain. L'observation démontre qu'il ne faut pas cependant leur accorder une influence trop absolue. On a cité, d'une part, des cas dans lesquels la respiration se faisant mal, il n'y avait pas d'hémorrhagie même par les veines ; et d'autre part, la rétraction spontanée a souvent suffi, même après la section nette du cordon, pour arrêter l'hémorrhagie artérielle.

On ne peut nier toutefois que, dans quelques cas d'ailleurs assez rares, le défaut de ligature, ou même le relâchement du lien appliqué sur le cordon au moment de la naissance, aient pu devenir l'occasion d'une hémorrhagie mortelle. Tous les accoucheurs en ont cité des exemples, et il demeure constant qu'il y aurait imprudence à ne pas lier et bien lier le cordon chez les nouveau-nés.

Mais au point de vue de l'infanticide et de l'expertise médico-légale, la question n'est pas dans le plus ou moins de facilité offerte à l'hémorrhagie par le défaut de ligature et par le plus ou moins de danger qui en résulte. Elle est toute entière et uniquement, ainsi que l'avait si nettement vu et si formellement dit Fodéré, de savoir si l'hémorrhagie est bien la cause réelle de la mort du nouveau-né. Ce qu'il s'agit de rechercher en premier lieu, c'est s'il existe des signes de ce genre de mort, ou si, au contraire, le ca-

davre ne présente pas les caractères d'un autre mode d'infanticide.

Les nouveau-nés, pour mourir d'hémorrhagie, soit par section et défaut de ligature du cordon, soit par blessures, n'ont pas besoin de perdre une grande quantité de sang. L'hémorrhagie ombilicale, en particulier, n'est jamais très-abondante et se produit assez lentement. Elle ne tue, en général, qu'au bout de plusieurs heures; Mauriceau l'a vu amener la mort en deux jours. Aussi ne trouve-t-on pas sur le cadavre des nouveau-nés qui ont péri de cette manière, tous les signes classiques que l'on a coutume d'attribuer à la mort par hémorrhagie. Ils n'offrent pas toujours notamment cette pâleur de cire, cet état exsangue, cette vacuité absolue du cœur et des vaisseaux si souvent décrits, et qu'amène, chez l'adulte, une hémorrhagie foudroyante. On rencontre cependant à un certain degré la décoloration des téguments, des lèvres surtout et de tous les tissus. Mais ce qui m'a beaucoup frappé et ce qui me paraît constituer un signe essentiel de l'hémorrhagie ombilicale, c'est la décoloration et l'absence du sang dans le foie qui, chez le nouveau-né et à l'état normal, est si congestionné et de couleur si foncée.

Mais dans la pratique de la médecine légale, tous ces signes disparaissent devant la constatation des caractères propres à quelque autre genre de mort. Car la vraie raison, suivant moi, de la rareté de la mort du nouveau-né par hémorrhagie ombilicale, ce n'est ni une disposition anatomique des vaisseaux, ni l'établissement plus ou moins régulier de la respiration, ni même le peu de résistance que l'enfant peut opposer à une perte de sang, c'est tout simplement qu'il a péri par un procédé plus prompt que l'hémorrhagie avant que celle-ci ait le temps de se produire et que l'exécution du crime, suivant le plus souvent de très-près la naissance, le nouveau-né étouffé, étranglé, écrasé, n'a pas le

temps de mourir d'hémorrhagie ombilicale. Il s'ensuit que c'est seulement par élimination et dans un petit nombre de cas que l'on arrivera à reconnaître sur le cadavre du nouveau-né les signes de la mort par hémorrhagie ombilicale.

INFANTICIDE PAR DÉFAUT DE SOINS, EXPOSITION AU FROID, INANITION.

Le défaut de ligature du cordon constitue, ainsi qu'on vient de le voir, l'omission de l'un des premiers soins que l'on doit à l'enfant qui vient de naître. Mais il en est d'autres dont l'omission peut entraîner la mort de l'enfant par le fait soit de la négligence, soit d'une volonté criminelle.

C'est ainsi qu'une femme accouchant clandestinement, sans témoin et sans aide, abandonne son enfant sans s'occuper de sa propre délivrance, sans couper le cordon, sans le ranimer s'il ne donne plus signe de vie, sans solliciter ni provoquer l'éveil des premières fonctions par tous les moyens qu'à défaut de l'art, l'instinct seul enseigne et conseille. Le cordon n'étant pas coupé, le placenta n'étant plus attaché à l'utérus de la mère qui ne peut plus l'alimenter, l'enfant reste gisant comme une masse inerte, privé des soins qui pourraient le faire vivre. S'il est né, comme cela arrive quelquefois, dans un état de mort apparente, il passe de vie à trépas sans qu'on ait rien fait pour l'en empêcher. Je me rappelle un cas de cette nature qui m'a vivement frappé et dans lequel je n'ai pu trouver d'autre caractéristique que celle-ci : défaut de soin et négligence. Le fait remonte au mois de février 1862 : une fille était accouchée seule d'un enfant de plus de huit mois de vie intra-utérine. Elle l'avait laissé à terre sans couper le cordon qui tenait encore au placenta dont elle était délivrée. L'enfant était mort et sans aucune trace de violences apparentes. Les poumons étaient restés à l'état fœtal, mais présentaient ces taches ponc-

tuées sous-pleurales, indice de l'effort infructueux qu'avait fait le petit être pour respirer.

Quelquefois l'abandon peut se faire dans des conditions plus fâcheuses encore et amener plus sûrement la mort, par l'*exposition au froid* sur la voie publique, à la porte d'une église, d'un hospice, au seuil d'une maison. L'impression d'une basse température est fatalement et promptement meurtrière pour le nouveau-né; et celui-ci succombe dans des conditions qu'il est d'un grand intérêt de connaître.

Je trouve dans la thèse de M. Léo Laborde (1), un très-bon résumé des lésions constatées sur les cadavres des nouveau-nés morts de froid, qui concorde exactement avec mes observations personnelles : « Le cadavre de l'enfant est en général d'un blanc mat. Au toucher il présente dans les régions atteintes par la maladie une induration qui permet à peine de pincer le derme. Une coupe pratiquée sur les parties malades, laisse écouler une assez grande quantité de sérosité infiltrée dans les mailles du tissu cellulaire. Ce dernier paraît hypertrophié et composé de couches superposées et divisées transversalement. Le derme n'est pas épaissi; en le coupant avec le scalpel, il présente une dureté assez considérable, on éprouve la même sensation qu'en coupant un tissu fibreux dense. Les capillaires cutanés paraissent complétement exsangues. Les poumons sont presque toujours engoués, quelquefois hépatisés. Ils sont gorgés d'un sang noir et fluide. Le cœur droit renferme de gros caillots. Les grosses veines sont remplies de sang noir, surtout les tissus du crâne. Le cerveau offre un piqueté très-abondant, le péritoine est injecté; le foie n'est pas augmenté de volume, mais il est rouge, hypérémié ainsi que la rate : ils laissent

(1) L. Laborde, *Action du froid sur les nouveau-nés et les enfants à la mamelle,* thèse de Paris, 1866, n° 20.

échapper beaucoup de sang lorsqu'on les incise. Les reins sont rouges; la vessie, quelquefois pleine, m'a permis de recueillir l'urine, et je n'ai constaté dans aucun cas la présence de l'albumine. »

Casper (1), dans trois cas, d'ailleurs assez incomplétement observés, de mort par congélation, a constaté chez des nouveau-nés des lésions à peu près semblables, et chez l'un en particulier une véritable apoplexie cérébrale. M. Letourneau (2) a fait une remarque intéressante qui mérite toutefois confirmation, c'est que les poumons des enfants morts de sclérème, c'est-à-dire de l'œdème dur que produit si souvent l'exposition au froid, présentent un poids notablement inférieur à celui des poumons de nouveau-nés morts d'affections différentes.

J'ai le besoin d'insister sur les résultats contradictoires que peuvent donner dans ces cas les expériences de docimasie pulmonaire. La surnatation est ordinairement incomplète pour les poumons qui, après avoir été pénétrés par l'air, sont envahis par l'hépatisation ou l'apoplexie que produit l'exposition au froid et qui accompagnent le sclérème. Si l'abaissement de la température a été jusqu'à la congélation, on n'oubliera pas que les poumons infiltrés de glaçons, même sans avoir respiré, peuvent momentanément surnager, et ne gagnent le fond du vase que quand ils ont été dégelés au contact de l'eau chaude.

Enfin, on peut rapprocher de l'abandon et du défaut de soin, le manque de nourriture et la *mort par inanition* qui en serait la suite. A vrai dire, les faits de cet ordre n'appartiennent pas à l'infanticide, car le nouveau-né peut supporter pendant plusieurs jours, sans mourir, la privation d'aliments. Il n'en est pas moins constant que des mères

(1) Casper, *loc. cit.*, p. 431, Observ. 321, 322 et 324.

(2) Letourneau, thèse citée, p. 24.

ou des nourrices dénaturées ont souvent employé sciemment ce moyen pour se débarrasser des enfants qu'elles ne pouvaient ou ne voulaient pas allaiter. Mais ces pauvres créatures, quand elles succombent, ont cessé d'être des nouveau-nés. Les observations si exactes et si intéressantes de M. Bouchaud (1) ne laissent pas de doute à cet égard : « Le temps qu'un enfant peut supporter la diète, dit-il, est variable et il est tout au plus possible de donner quelque chiffres pour les cas où la privation de nourriture est absolue. Pour ceux qui succombent véritablement inanitiés, nous croyons que, très-exceptionnellement, la mort surviendra avant le huitième jour; je n'en ai point vu succomber avant cette époque. Si des faits, nous passons à la théorie, nous arrivons à de pareilles conclusions : un enfant de 3 kilogrammes, perdant en moyenne 100 grammes par jour et cessant de vivre quand il ne pèse que 2 kilogrammes à $2^{k},200$, on voit qu'il vivra huit à neuf jours au moins. » M. Bouchaud ajoute qu'il importe parfois, surtout en médecine légale, de pouvoir reconnaître qu'un enfant a succombé à ce genre de mort. Il en signale comme moi la fréquence, mais le range à tort parmi les infanticides. Ce dernier crime veut des procédés plus rapides à l'aide desquels il puisse faire disparaître dès qu'il a vu le jour le fruit d'un accouchement clandestin.

C'est donc pour ne rien omettre que nous complétons la citation que nous avons empruntée au travail original de M. Bouchaud : « Casper pense qu'il n'existe aucun signe spécifique, si ce n'est peut-être l'amincissement des parois intestinales. Des signes spécifiques, il n'en faut point chercher, pas plus qu'une lésion déterminée ; il n'y a qu'un degré à constater : l'amaigrissement a-t-il été suffisant pour

(1) J. B. Bouchaud, *De la mort par inanition*, thèse de Paris, 1864, n° 141, p. 117.

déterminer la mort ? Les signes d'une émaciation extrême, si l'on ne découvre rien de plus pour expliquer la mort, sont donc suffisants pour qu'on doive se prononcer. Les suivants sont ceux que nous avons à peu près constamment trouvés ensemble : maigreur considérable (diminution de trois dixièmes), sans qu'il y ait nécessairement disparition complète du tissu graisseux, déformation du thorax et des poumons très-aérés, blanc rosé ; chevauchement étendu (3 à 4 millimètres) des os de la voûte du crâne et congestion intense des méninges et du cerveau ; tube digestif atrophié, transparent, vide et revenu sur lui-même, seulement si la diète a été absolue. Si d'autres lésions coexistent : gangrène, ulcération de la cornée, entérite, il y aura à rechercher leur relation avec l'inanition : si elles sont effet, cause ou simple coïncidence. »

Je ne peux que joindre mon témoignage à celui du jeune et laborieux confrère que je viens de citer, et je me contenterai de rapporter une observation digne d'être placée à côté des siennes et que j'ai recueillie dans des circonstances vraiment dignes d'être rappelées. Il s'agit d'un enfant âgé de six semaines, abandonné dans un hôtel garni par une méchante femme qui s'était donnée comme nourrice et qui était partie secrètement sans se soucier du pauvre petit qui, oublié dans une chambre close où ses cris n'avaient fixé l'attention de personne, y avait été retrouvé au bout de plusieurs jours littéralement mort de faim. Je fis l'autopsie du cadavre le 24 mai 1858. Cet enfant de six semaines ressemblait à un fœtus mis en macération dans l'esprit-de-vin. Tous les tissus étaient revenus sur eux-mêmes et comme ratatinés. On eût dit un de ces pauvres singes qui meurent phthisiques dans nos climats. Il offrait tous les signes d'une sénilité précoce et le hideux contraste de la première enfance et de la décrépitude la plus avancée. Je notai en même temps la vacuité absolue de l'estomac, des intestins

et de tous les organes digestifs, ainsi qu'un amincissement de leurs parois qui dépassait toute imagination et les réduisait en réalité à une toile d'araignée.

Ces cas, sans appartenir de plein droit à l'infanticide, n'en peuvent cependant être absolument distincts, car l'enfant peut en réalité mourir de faim quelques jours après sa naissance; et c'est à la justice à apprécier si l'enfant doit être encore considéré comme un nouveau-né et si la mort est l'œuvre d'une volonté criminelle, le médecin expert restant chargé de lui fournir tous les éléments d'appréciation dont elle a besoin.

INFANTICIDE PAR EMPOISONNEMENT.

J'ai réservé pour la fin l'empoisonnement, dont le rôle est excessivement restreint et l'on pourrait dire nul dans l'infanticide. J'ai bien rencontré dans mes études sur ce genre de mort, quelques cas d'empoisonnement observés sur des enfants à la mamelle. Mais il ne s'agissait pas de nouveau-nés.

Ce n'est guère que par accident que des enfants ont pu être empoisonnés dans les premiers jours qui suivent la naissance, et l'on ne peut considérer ces faits que comme des infanticides par imprudence. La substance vénéneuse administrée est presque exclusivement l'opium ou quelqu'un de ses dérivés, le laudanum, le sirop thébaïque, les gouttes noires ou toute autre préparation donnée en vue d'apaiser les coliques ou de faire cesser les cris de l'enfant. On ne saurait trop le redire, le nouveau-né ne peut supporter l'opium à quelque dose que ce soit, et la prohibition doit être absolue.

Je sais qu'on a cité de véritables infanticides commis à l'aide de substances vénéneuses. Slingenberg (1) rapporte,

(1) Slingenberg, *Dissert. medic. forens de Infanticid.* Gröningen, 1834, p. 99.

d'après Mende, deux cas d'empoisonnements commis par des mères sur leurs nouveau-nés : l'un par l'orpiment, l'autre par du vert-de-gris. Il regarde d'ailleurs ce genre de mort comme fort rare. J'ai vu deux enfants, non plus tout à fait nouveau-nés, mais âgés seulement, l'un de quelques jours, l'autre de quelques semaines, périr en peu d'heures pour avoir teté une éponge qu'on leur avait introduite dans la bouche, imbibée d'acide nitrique et d'acide chlorhydrique. Tous les tissus atteints par ces liquides avaient été corrodés et détruits. J'en mentionnerai dans le chapitre suivant d'autres exemples imputés à des femmes folles.

Je ne terminerai pas cette étude des genres de mort que l'on observe dans l'infanticide, sans rappeler que je n'ai pas à revenir sur les causes de mort naturelle ou accidentelle qui peuvent saisir l'enfant dans le sein de sa mère ou au moment de sa naissance, et que j'ai déjà indiquées en parlant des moyens de reconnaître si un enfant nouveau-né est né vivant et a vécu, et en appréciant la valeur de la docimasie pulmonaire, notamment dans les cas, soit de faiblesse congénitale et d'immaturité du nouveau-né, soit de maladies contractées durant la vie intra-utérine et apportées en naissant : la syphilis, la pneumonie, la péritonite, la variole. Ces causes de mort sont manifestement étrangères à l'infanticide.

Si maintenant nous cherchons à résumer l'étude approfondie que nous venons de faire de chacun des modes d'infanticide, nous verrons que la plupart consistent en violences meurtrières, et que beaucoup plus rarement la mort est le résultat d'une négligence plus ou moins volontaire. Le médecin appelé à procéder à l'autopsie d'un nouveau-né doit, avant tout, se proposer pour but de constater à des signes certains la véritable cause de la mort sans se laisser arrêter par une idée préconçue. Ainsi l'hémorrhagie ombilicale a

défrayé longtemps de la manière la plus fâcheuse les conclusions des médecins légistes. On peut consulter à cet égard les registres fort bien tenus de la Morgue de Paris : il y a vingt-cinq ou trente ans l'hémorrhagie ombilicale se représente à chaque pas comme cause de mort énoncée. On ne trouvait pas de traces apparentes de violences, le cordon n'était pas lié, il n'en fallait pas plus pour admettre la mort par défaut de ligature du cordon. Aujourd'hui, mieux éclairés sur les signes anatomiques, nous reconnaissons dans le plus grand nombre de ces cas la mort par suffocation. Il faut donc pour le nouveau-né aussi bien que pour l'adulte ne conclure au meurtre que lorsqu'on peut en déterminer le genre et en démontrer sur le cadavre les caractères certains.

A quelle époque remonte la mort? — J'ai dit, au commencement de ce chapitre, que l'expert n'avait pas seulement à rechercher la cause de la mort du nouveau-né, mais qu'il devait encore s'attacher à en préciser l'époque. L'intérêt est le même à cet égard pour l'infanticide que pour le meurtre de l'adulte. Il y a lieu, en effet, de rattacher autant qu'on peut le faire la date de la mort du nouveau-né à celle de l'accouchement de la femme sur qui pèse le soupçon d'infanticide. Les moyens auxquels doit recourir l'expert en pareil cas sont malheureusement assez bornés. Je serai donc bref sur ce sujet.

J'ai déjà montré comment on pouvait établir combien de temps l'enfant avait pu vivre après sa naissance. C'est d'autre chose qu'il s'agit ici. Il faut trouver des signes propres à mesurer le temps depuis lequel il a cessé de vivre. Or, pour ce qui concerne l'infanticide, il est bien rare que l'expert puisse mettre à profit les signes immédiats de la mort qui lui servent si utilement dans le flagrant délit d'un assassinat. Le cadavre du nouveau-né a

pu être dissimulé plus ou moins longtemps, des semaines, des mois, parfois des années. On ne peut interroger l'estomac pour y trouver les traces du dernier repas et constater le nombre d'heures qui l'ont séparé de la mort. On n'a, en réalité, pour se guider que les diverses phases de la décomposition putride. Il est donc important de faire connaître les différences qui existent à cet égard entre l'adulte et le nouveau-né.

D'une manière générale, on peut dire que la putréfaction marche beaucoup plus vite sur le cadavre du second que sur le premier. Mais il est impossible de circonscrire les changements qu'ils subissent dans des limites fixes. Il faut donc se borner à comparer l'influence des différents milieux.

La décomposition qui s'opère à l'air est la plus rapide de toutes. Pour peu que la température soit élevée, on voit se produire une énorme quantité de larves qui dévorent en quelques jours le petit cadavre. Il se produit un développement énorme de la tête et des parties supérieures qui se fait à peine attendre ; et si l'air est humide et la température élevée, en quelques jours la décomposition est complète.

Le milieu dans lequel elle s'accomplit le plus vite après l'air, c'est le fumier où dans les campagnes il n'est pas rare de trouver enfouis les cadavres de nouveau-nés et où la putréfaction est plus active que dans l'eau, dans les fosses d'aisances et dans la terre. Plus le corps sera profondément enfoncé dans le fumier, plus la décomposition sera rapide et complète ; et l'on voit s'y produire en quelques semaines la transformation en gras de cadavre.

J'ai trop longuement parlé de l'immersion dans les fosses d'aisances pour revenir sur la manière dont la décomposition s'y opère. Je me borne à rappeler que les cadavres de nouveau-nés qu'on y plonge y résistent d'une façon surprenante. J'en ai vu retirés après trois ou quatre mois, qui

avaient pris un aspect crétacé ; c'était une sorte de masse blanchâtre ressemblant à du plâtre qu'on aurait brassée avec des matières fécales, infecte et repoussante, mais très-solide. Ces caractères ne sont pas insignifiants ; car on sait combien il est fréquent de trouver des cadavres de nouveau-nés dans les fosses d'aisances.

On a vu, à l'occasion de la combustion des nouveau-nés, la momification qui pouvait résulter de l'exposition prolongée du cadavre à une haute température. Un fait extrêmement curieux cité par M. le docteur Bergeret, d'Arbois (1), a montré quelle lumière inattendue un esprit sagace peut faire jaillir de circonstances ingénieusement commentées. Au mois de mars 1850, on découvrait le cadavre d'un enfant nouveau-né dans une cheminée où il s'était momifié sous l'influence d'un milieu chaud et sec. Pendant les trois années précédentes, quatre locataires s'étaient succédé dans cette chambre ; le plus ancien y avait séjourné quatre ans. La taille, la présence du point osseux établissaient que l'enfant était né à terme. Les organes intérieurs avaient disparu, dévorés par des larves d'insectes sortis de nymphes dont on retrouvait les coques dans les cavités splanchniques. Dans l'épaisseur des muscles, il existait des larves ou vers blancs vivants. Il était important de déterminer l'époque de la mort, afin de pouvoir rapporter le crime au temps de l'occupation de l'un des quatre locataires successifs. M. Bergeret mit très-heureusement à profit pour cette détermination la présence et le développement des insectes : d'une part, des coques vides, deux seulement renfermaient des mouches mortes ; de l'autre, des larves vivantes. Il était évident que deux générations d'insectes, représentant deux révolutions annuelles, s'étaient succédé dans le corps de cet

(1) Bergeret (d'Arbois), *Infanticide. Momification naturelle du cadavre* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1855, 2e série, t. IV, p. 442).

enfant, très-probablement mort durant l'été de 1848. Sur le cadavre frais, la mouche carnassière avait déposé ses larves à cette époque ; et dans le cadavre desséché, le papillon des mites avait pondu ses œufs en 1849. Moquin-Tandon, à qui j'avais soumis le fait, reconnut qu'il était possible, et que les déductions qu'en avait tirées M. Bergeret étaient justes.

Cet exemple était bon à citer pour montrer combien, dans ces questions si souvent obscures, il importe de ne rien négliger. Celle qui a pour objet la détermination de l'époque de la mort du nouveau-né est certainement de ce nombre, et appelle de la part de l'expert une attention toute spéciale et une étude appropriée à chaque cas particulier.

CHAPITRE V

DES CONDITIONS PHYSIQUES ET MORALES DANS LESQUELLES SE PRÉSENTE LA FEMME ACCUSÉE D'INFANTICIDE.

L'histoire de l'infanticide serait incomplète et l'on n'aurait qu'une idée insuffisante de l'expertise médico-légale en cette matière, si l'on négligeait les conditions physiques et morales dans lesquelles se présente la femme accusée d'infanticide. En effet, l'examen de la femme tient une place considérable dans la mission confiée à l'expert, et ainsi que je l'ai dit au commencement de cette étude, il est d'une extrême importance d'établir sur des preuves certaines et que le médecin seul peut mettre en lumière, les diverses circonstances relatives à la femme qui est supposée avoir tué son enfant. Les questions nombreuses et délicates qui s'y rattachent demandent donc de notre part une attention toute spéciale.

S'il est impossible de prévoir toutes celles qui peuvent surgir dans les hasards d'une procédure ou d'un débat criminel, et par conséquent de donner d'avance et d'une manière générale des solutions assurées, on peut les diviser en trois groupes principaux comprenant chacun un ordre de faits distincts.

Le premier se rapporte à l'identité de l'accusée : il y a lieu d'établir par le fait et par la date de l'accouchement, que la femme inculpée est ou peut être la mère de l'enfant mis à mort. Le second embrasse toutes les particularités qui, dans le cours de la grossesse ou durant le travail de l'accouchement, peuvent être relevées dans l'intérêt de la défense ou de l'accusation. Dans le dernier groupe de questions se placent les questions relatives à l'état physique et moral de la femme après l'accouchement, et à l'influence

que cet état peut exercer sur ses actes. Il y a là, comme on le voit, un champ d'observations et de recherches extrêmement vaste et souvent hérissé de difficultés d'autant plus redoutables, que l'expert ne doit compter pour les éviter que sur son expérience, et qu'il court risque de se heurter trop souvent contre des faits dénaturés et de fausses allégations. Je demande donc la permission d'entrer dans tous les développements que nécessite chacune des questions dont il s'agit.

Constatation du fait et de la date de l'accouchement. — La première chose à faire lorsqu'une femme est soupçonnée du crime d'infanticide est de constater si elle est réellement accouchée, et dans le cas de l'affirmative, à quelle époque remonte son accouchement, ou pour mieux dire si cette époque répond à celle de la naissance de l'enfant dont on a retrouvé le cadavre. Je n'ai pas besoin d'insister sur la nécessité d'une visite complète à laquelle la femme innocente ou coupable ne se refuse d'ailleurs jamais.

La constatation du fait de l'accouchement dans l'infanticide n'offre pas, en général, de grandes difficultés, par la raison qu'elle a lieu le plus souvent dans un délai assez court après la délivrance, et que l'expert n'a alors à reconnaître que les traces ordinairement évidentes d'un accouchement récent. Dans quelques cas cependant, lorsque l'infanticide n'a été découvert que tardivement, il y a à rechercher les signes beaucoup moins tranchés, parfois même effacés, d'un accouchement éloigné, ou même très-ancien.

Ordinairement, la femme inculpée est en état d'arrestation et les constatations n'ont rien de très-délicat. Mais quelquefois c'est sur un simple soupçon, sur une dénonciation, que le médecin est appelé à procéder à la visite, et il m'est arrivé plus d'une fois d'avoir à aborder à cet effet des

femmes placées dans des conditions sociales assez élevées, qui avaient été dénoncées comme étant accouchées clandestinement et ayant tué leur enfant. L'examen, accepté le plus souvent avec empressement, me montrait qu'il n'y avait pas la moindre trace d'accouchement, soit récent, soit ancien. Et devant ce résultat négatif nettement formulé toute poursuite s'arrêtait. Je rappelle que si par impossible une femme se refusait à la visite, l'expert, sans jamais employer aucune contrainte, doit se contenter de prendre acte de la résistance et se retirer en se gardant bien de rien conclure au point de vue de l'accouchement s'il n'a pas procédé à une visite complète. Et par visite complète, on doit entendre ici l'examen direct de la paroi abdominale, des organes sexuels tant externes qu'internes et des seins. Ce n'est en effet que sur l'ensemble des caractères et non sur tel ou tel signe que l'on doit fonder ses conclusions; car si, dans l'immense majorité des cas, la constatation est facile, il peut arriver que l'on s'abuse par un examen trop superficiel.

La *peau du ventre*, sur laquelle portera la première inspection, se montre pendant les trois ou quatre jours qui suivent la délivrance complétement plissée et comme froissée dans toute son étendue. En écartant ces plis on découvre une ligne brune qui s'étend de l'ombilic au pubis, d'autant plus foncée que la femme est plus brune, mais d'autant plus caractéristique qu'on la voit même chez les femmes blondes chez qui la matière pigmentaire est peu développée. D'autre part on voit dans le fond des plis de la paroi abdominale, de larges éraillures de teinte rouge violacée obliquement dirigées le long des flancs et dépassant parfois le pli des aines.

La peau revient sur elle-même lentement mais en conservant toujours une certaine laxité ; et en même temps les éraillures se rétrécissent et perdent leur coloration violacée pour devenir d'un blanc nacré. Ces changements exigent plu-

sieurs semaines, quelquefois plusieurs mois, pour se produire; et l'on peut reconnaître, même chez une femme qui a eu plusieurs enfants, la date récente du dernier accouchement, à la teinte rouge des éraillures les plus nouvelles qui tranchent au milieu des lignes blanches provenant d'accouchements antérieurs. Ce signe n'a cependant qu'une valeur relative. Car d'un côté il peut faire complétement défaut : chez des femmes petites, jeunes, à peau très-élastique, la grossesse peut ne laisser aucune trace à l'extérieur; et d'un autre côté le plissement et l'éraillure de la paroi abdominale peuvent être produits par d'autres causes que la gestation. Les seules variations de l'embonpoint chez de très-jeunes filles de constitution lymphatique et molle; des hydropisies anasarque et ascite que l'aménorrhée ou la suppression des règles déterminent parfois à l'âge de la puberté ou que certains états morbides provoquent même chez l'homme, peuvent s'accompagner du plissement de la peau du ventre. Mais dans ces cas, le relâchement et les éraillures du tégument externe se montrent en même temps sur les cuisses, sur les hanches, sur les reins et quelquefois sur les parties supérieures de la poitrine et des bras. J'en ai vu de nombreux exemples et il n'est pas de praticien qui n'en puisse citer. Il faut donc que le médecin légiste se montre très-circonspect dans l'appréciation de ce signe.

J'attache beaucoup plus d'importance aux données fournies par l'examen des organes génitaux. Deux signes notamment méritent une grande confiance au point de vue de la constatation de l'accouchement non-seulement tout récent mais encore datant de plusieurs semaines : c'est, d'une part, l'écoulement particulier qui se fait par les parties externes après la délivrance et qui se prolonge pendant un certain temps; et, d'une autre part, la diminution graduelle du volume et les changements régressifs qui se produisent dans le corps et le col de l'utérus à partir de l'accouchement. Ce

double phénomène a été l'objet d'une étude si minutieuse, si précise, si complète, de la part de M. le docteur Wieland, que je ne crois pouvoir mieux faire que d'emprunter à son excellente thèse une description qui nulle part n'a été mieux faite et dont ma propre expérience m'a démontré la parfaite exactitude (1) :

« La délivrance opérée, il s'échappe du vagin une certaine quantité de caillots et de sang. Pendant un court moment après cette expulsion en masse, à peine s'en écoule-t-il quelques gouttes ; puis alors un nouveau suintement, dont la nature, sanguine d'abord, se modifie ensuite, s'établit et se continue pendant un temps variable. C'est à ces matières qu'on a donné le nom de *lochies*. Pendant les vingt ou vingt-quatre heures qui suivent la délivrance, il ne s'écoule des parties génitales que du sang presque pur, qui provient des vaisseaux utéro-placentaires, de quelques vaisseaux déchirés à la surface de l'utérus, des déchirures que le passage de la tête a déterminées au col, et de quelques éraillures de la muqueuse vaginale. Après ce temps, l'écoulement sanguin perd de sa consistance, il devient plus ténu ; il n'y a que du sérum teint de sang, en assez grande quantité encore, ce qui tient à la dissolution des caillots qui tapissent les parois utérines. Cet écoulement continue pendant un ou deux jours.

» Du cinquième au sixième jour, le sang est mélangé ; le liquide est plus séreux, il entraîne quelquefois avec lui des minimes parcelles de la caduque qui étaient restées adhérentes à la muqueuse nouvelle, et de la sérotine qui commence à s'exfolier. L'écoulement perd chaque jour de sa coloration brunâtre, et, vers le huitième jour, il est constitué par un liquide blanchâtre, lactescent, offrant la consis-

(1) A. Wieland, *Étude sur l'évolution de l'utérus pendant la grossesse et sur le retour de cet organe à l'état normal après l'accouchement*, thèse de Paris, 1858, n° 305.

tance du mucus. La durée de cet écoulement chez la femme bien portante est très-variable; elle oscille entre quinze jours et trois semaines. » Les lochies ont, comme on le sait, une odeur spéciale dont l'intensité varie.

Quant à la *diminution de volume de l'utérus* après l'accouchement et au retour de cet organe à l'état normal, il s'opère d'une façon assez régulière pour que l'expert puisse, d'après les dimensions de la matrice, mesurer le temps qui s'est écoulé depuis l'accouchement. On a peine à se rendre compte des divergences qui se sont produites à cet égard parmi les auteurs. Ce temps varie pour eux entre trente et soixante jours. Quelques-uns même par une erreur évidente l'ont renfermé dans des limites beaucoup plus restreintes. Je suivrai encore sur ce point M. Wieland, dont les observations offrent toutes les garanties de précision désirables.

Si l'on prend la moyenne du développement de l'utérus au moment du travail, on trouve que « l'organe s'élevait en général au-dessus du pubis de 20 à 22 centimètres, et avait, dans le sens transversal, de 16 à 18 centimètres. Aussitôt après l'expulsion des caillots qui suivent la sortie du placenta, l'utérus, devenu sphéroïde, dur, résistant, est contracté; il ne présente plus que 11 à 12 centimètres dans le sens vertical, et 9 à 10 dans le sens transversal. Au bout d'une demi-heure, et pendant les quelques heures qui suivent l'accouchement, le volume augmente un peu (diamètre vertical, 13 à 14 centimètres; diamètre transversal, 11 à 12 centimètres); mais à partir de ce moment il diminue graduellement, et à peu de chose près d'une manière égale. Le deuxième jour, on trouve que ses diamètres ont diminué de 1 centimètre à 1 centimètre et demi; le vertical est souvent alors un peu plus petit que le transversal. Le troisième jour, dans la plupart des cas, il n'y a pas de changements notables, excepté chez les femmes qui ont eu, dans l'inter-

valle des deux examens, de fortes tranchées utérines et un écoulement lochial abondant au moment de la contraction. J'ai observé que jusqu'au troisième jour et demi, le volume du globe utérin restait stationnaire, et pendant ce temps il paraissait plus mou et moins arrondi ; cette inaction coïncidait toujours avec l'apparition de la fluxion mammaire. Dès la fin du quatrième jour, la rétrocession se poursuit d'une façon régulière et continue. La distance qui sépare l'utérus de la symphyse pubienne varie entre 6 et 7 centimètres ; ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'elle est moindre. Pendant chacun des jours suivants, la différence constatée oscille entre un demi-centimètre et un centimètre. Le sixième jour, on trouve l'utérus dur, la face antérieure est moins convexe, il s'élève au-dessus du détroit supérieur de 4 ou 5 centimètres. Ce n'est que le dixième jour en général, quelquefois le onzième, qu'il a disparu derrière la symphyse pubienne ; mais encore à ce moment, si les parois abdominales sont minces ou éraillées sur la ligne médiane, on peut, en recourbant les doigs en crochet, sentir le fond de l'utérus qui est descendu dans l'excavation pelvienne.

» Chez les primipares, la disparition de l'organe derrière la symphyse pubienne a lieu un peu plus rapidement que chez les multipares. Mais la différence n'est pas tout à fait aussi considérable que celle qu'indique M. Cazeaux. Chez les multipares que j'ai observées au point de vue qui nous occupe, c'était le treizième jour environ que l'utérus n'était plus senti dans l'aire du détroit supérieur ; c'était le dixième en général chez les primipares. Je dois ajouter que pour ces dernières, les parois abdominales ne présentent que rarement des conditions aussi favorables à l'exploration que chez les premières.

» Il se présente certains faits cependant qui ne rentrent pas dans le tableau que je viens de tracer du retrait utérin :

la matrice en effet, sans cause aucune, reste volumineuse beaucoup plus longtemps, et quelquefois, comme je le dirai, assez pour constituer une véritable maladie. Je n'ai jamais vu les choses arriver à ce point; mais j'ai vu des utérus dont le retrait derrière les pubis n'avait lieu qu'au bout de dix-huit, vingt, et une fois même vingt-deux jours, sans qu'aucun accident soit venu troubler la santé générale de ces femmes (elles étaient seulement sujettes à des écoulements leucorrhéiques).

» Je n'ai jamais vu un seul cas dans lequel l'utérus n'était plus accessible à la palpation dès le quatrième jour. Pendant tout ce temps, la matrice, qui, dans la majorité des cas (79 sur 100), est située à droite, tend à revenir vers la ligne médiane.

» Il s'en faut de beaucoup encore, quoique la main n'atteigne plus l'organe par la paroi abdominale, que l'utérus ait repris ses conditions primitives; le toucher vaginal, rectal, nous permettra seul d'apprécier l'état dans lequel il se trouve.

» La laxité des ligaments, la mobilité dont il jouit encore, la diminution du volume, lui ont permis de céder à l'action de la pesanteur; il s'enfonce dans l'excavation; on constate que son segment inférieur, encore très-développé (il a approximativement de 4 à 5 centimètres de diamètre), a déprimé le cul-de-sac vaginal; le col est situé plus bas dans le vagin; par le rectum on sent encore sa face postérieure dure, convexe, offrant des dimensions considérables qu'on ne peut évaluer qu'à peu près; à ce moment, la résorption paraît se faire beaucoup plus lentement. En effet, ce n'est que huit ou dix jours plus tard qu'on peut constater une différence sensible; le volume a légèrement diminué, l'utérus déprime moins le cul-de-sac vaginal, il est moins mobile. Enfin, chez les femmes que j'ai examinées trois mois après l'accouchement, les conditions primitives, situation, forme,

direction, consistance, mobilité, semblaient s'être rétablies, le volume m'a toujours paru un peu plus considérable.

» Jamais l'utérus n'était revenu complétement à son état antérieur à la sixième semaine ni au deuxième mois ; je n'ai pas eu l'occasion d'observer des femmes entre le deuxième et le troisième mois. Je ne parle pas du retour des fonctions normales de l'utérus ; il m'aurait fallu plus de temps, et j'aurais dû observer, en même temps que des nourrices, des femmes qui n'allaitassent pas, et à la Maternité on ne garde pendant un temps assez long, que celles qui veulent et peuvent prendre un nourrisson.

» Aussitôt après l'expulsion de l'enfant, le col prend une certaine longueur; l'orifice interne, par la rétraction des fibres qui l'entourent et la reformation des colonnes de vie qui avaient disparu pendant la dilatation, se ferme presque complétement ; cependant il n'offre pas une grande résistance, il cède facilement devant le placenta et les caillots qui sont chassés quelques instants après l'accouchement. C'est à partir de ce moment que nous allons étudier le retour du col à l'état primitif. M. Négrier (1), dans la description qu'il donne du col de l'utérus revenant « à son état normal de repos », décrit à part l'état du col chez la femme primipare et chez la femme multipare; mais, sauf quelques petites nuances qui n'exigent pas qu'on fasse deux tableaux des modifications consécutives à l'accouchement, je crois, d'après ce que j'ai observé, qu'on peut rapprocher en une seule les deux descriptions, en indiquant, chemin faisant, les traits peu saillants qui les distinguent. Les résultats que je consigne ci-dessous ont été observés jour par jour; ils me paraissent vrais dans la grande majorité des cas, et se

(1) Négrier, *Recherches et considérations sur la constitution et les fonctions du col de l'utérus*, 1846.

trouvent, à peu de chose près, en accord avec ceux que M. Négrier a donnés dans son mémoire.

» Si l'on touche une femme qui vient d'accoucher, le doigt arrive facilement jusqu'à l'orifice interne qui est entr'ouvert et admet sans difficulté l'extrémité de l'index; il présente tout au plus un diamètre de 2 centimètres, même chez les multipares. M. Négrier a un peu exagéré ses dimensions, en accordant, chez la femme primipare, un diamètre de 3 centimètres à l'orifice supérieur qui, selon lui, serait plus dilaté encore chez la femme multipare; c'est à ce moment qu'on peut aisément constater que ce qu'on appelle communément l'orifice supérieur n'est pas un simple resserrement annulaire, mais qu'il mérite mieux le nom d'isthme de l'utérus que lui a donné Calza.

» M. Guyon, après de nombreux examens anatomiques, a noté cette disposition sur les utérus en vacuité (1). Chez la femme nouvellement accouchée, l'orifice est bordé par un bourrelet qui a 8 ou 10 millimètres de hauteur; il est lisse et épais, un peu plus chez la femme multipare que chez la primipare. L'orifice est encore alors très-dilatable, et, sous des efforts modérés, il doit encore céder devant les caillots que l'utérus expulse après la délivrance, et il suffit, lorsque les circonstances l'exigent, d'introduire successivement un, puis deux et trois doigts, pour augmenter les dimensions de l'orifice, au point d'y introduire la main tout entière; j'ai pu constater ce fait en pratiquant moi-même plusieurs délivrances artificielles. Au-dessous de l'isthme cervico-utérin, le col a repris de la longueur, moins toutefois qu'il n'en a à l'état normal; il mesure environ 15 à 18 millimètres, la portion sous-vaginale en a de 8 à 10, et il s'en faut de beaucoup qu'il ait retrouvé aucun de ses caractères normaux. Il pend, mou et flasque, autour des bords de l'orifice supérieur, et

(1) Félix Guyon, thèse de doctorat.

tombe dans le vagin. Je le comparerai assez volontiers, pour sa manière d'être, à la luette, lorsque celle-ci est inactive; au toucher, c'est avec peine qu'on distingue le tissu du col de celui du vagin. Les parois offrent une épaisseur plus grande à mesure qu'on se rapproche de la partie supérieure; à l'extrémité inférieure, elles sont minces chez les primipares; chez les multipares, ces parois offrent une épaisseur plus grande et à peu près égale dans toute l'étendue du col. Je n'ai que rarement pu aussitôt après l'accouchement, ou même une ou deux heures après, constater les solutions de continuité que détermine sur cette portion de l'utérus le passage de l'enfant; je n'ai jamais observé que le toucher révélât dans le col une sensibilité plus considérable qu'à l'état ordinaire; dans aucun cas, les attouchements répétés n'y ont provoqué la moindre contraction, le corps de l'utérus seul se modifiait sous l'influence des titillations sur le col. Les parois sont appliquées l'une contre l'autre ; il faut les écarter pour pénétrer dans la cavité cervicale, qui est lisse, molle, tapissée le plus souvent par des caillots que le doigt détache facilement.

» Vingt-quatre heures plus tard, le diamètre antéro-postérieur de l'orifice supérieur semble avoir un peu diminué; quarante-huit ou cinquante heures après l'accouchement, l'état des choses n'a pas notablement changé ; j'ai seulement constaté, comme l'indique M. Négrier, que la muqueuse cervicale offre des plis plus marqués que la veille. Cet arrêt dans la rétraction du col coïncide toujours avec l'état stationnaire momentané du retrait du corps de l'utérus; mais au quatrième jour on constate les changements suivants : la longueur totale du col a sensiblement diminué, la portion intra-vaginale n'a plus que 4 à 5 millimètres environ ; la consistance s'est aussi modifiée; elle est inégale; on sent entre la muqueuse qui tapisse la surface externe, et qui est un peu boursouflée, et la muqueuse assez épaisse qui tapisse

la cavité du col, une surface dont la densité plus grande est due à la rétraction des fibres musculaires, et alors on sent manifestement par le toucher que les muqueuses qui n'ont pas suivi le mouvement de retrait peuvent glisser dans des limites très-restreintes sur le plan musculaire. La membrane interne n'offre plus seulement les plis verticaux, dont le nombre a augmenté; elle s'est aussi froncée circulairement; les plis obliques de l'arbre de vie, que la distension excessive des orifices avait fait disparaître pour quelque temps, sont nettement appréciés. Ces plicatures en divers sens de la muqueuse, qui alors remplit pour ainsi dire toute la cavité du col, font sentir, lorsque le doigt est introduit, une surface comme tomenteuse et inégale, et font paraître le revêtement interne du col utérin plus épais qu'il n'est réellement. L'orifice interne est plus étroit, les bords en sont moins épais et présentent un peu moins de hauteur; son diamètre n'a pas plus d'un centimètre en général. L'orifice externe est le plus souvent allongé transversalement et dirigé à gauche; il a de 1 centimètre et demi à 2 centimètres environ dans le sens antéro-postérieur, un peu plus dans le sens transversal; le bord de l'orifice est nettement dessiné. C'est le quatrième jour et quelquefois un peu plus tôt, chez les femmes primipares ou chez celles qui n'ont encore eu qu'un ou deux enfants, qu'on peut bien sentir les solutions de continuité qui divisent le bord de l'orifice inférieur et se prolongent ordinairement jusqu'à l'insertion du vagin, rarement plus haut.

» A mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'accouchement, on observe que l'orifice supérieur continue à se rétrécir, est moins facilement accessible, à cause de la consistance plus grande des parois du col, qui continuent à se rapprocher, et c'est à la partie supérieure surtout que ces modifications sont plus marquées. Souvent, du huitième au dixième jour, le doigt n'arrive pas jusqu'à l'orifice supérieur; avec quel-

ques efforts, on y parvient cependant; le plus souvent, il admet alors à peine l'extrémité de l'index. C'est vers le cinquième ou le sixième jour que quelquefois les lèvres du col se renversent et lui donnent la forme indiquée par M. Négrier; ce renversement disparaît assez rapidement. L'orifice inférieur reste entr'ouvert jusqu'au douzième, quelquefois jusqu'au quinzième jour, et il peut arriver qu'à cette époque, les déchirures ne soient pas encore cicatrisées dans toute leur étendue.

» C'est toujours à la partie inférieure que se termine le travail de réparation; cependant, le plus généralement, la cicatrice est faite au huitième jour. Au douzième jour, dans sa moitié inférieure, le col n'a pas acquis toute sa consistance, il est plus mou, circonstance qui permet encore, à cette époque, l'introduction de l'index jusqu'à la racine de l'ongle. Du vingt-cinquième au trentième jour, le museau de tanche offre la forme cylindrique, qu'il conservera plus tard; il a encore alors un peu plus de volume qu'il n'en conservera. L'orifice externe est transversal, irrégulier; ses bords sont déchiquetés, et le toucher fait constater que le tissu est encore un peu plus mou que partout ailleurs au pourtour de l'orifice, et que les lèvres peuvent en être assez facilement écartées. Ce n'est que chez les femmes que j'ai examinées dix ou onze semaines après l'accouchement, que j'ai rencontré le col tel qu'on le trouve normalement chez les femmes multipares; il avait une longueur de 20 à 25 millimètres, quelquefois un peu moins; il était cylindrique, d'une consistance égale, l'orifice était fermé; chez une seule, je l'ai trouvé entr'ouvert, mais elle avait au pourtour une petite ulcération qui pénétrait dans la cavité du col.

» Ce n'est donc, d'après ce que je viens de dire, que soixante et dix ou quatre-vingts jours après l'accouchement que l'organe de la gestation est ce qu'il a été ou ce qu'il doit

être, jusqu'à ce qu'une nouvelle grossesse vienne y apporter la série des modifications dont j'ai essayé de donner une description aussi fidèle que possible. »

L'*état des seins* peut aussi ajouter des signes de quelque valeur à ceux que je viens de passer en revue, leur développement, leur dureté, la teinte plus foncée et parfois presque noire de l'aréole qui entoure le mamelon, la présence du lait ou, pour mieux dire, du colostrum qui s'écoule à la pression, caractérisent l'accouchement récent. Plus tard, même quand la femme n'a pas allaité, on peut encore tardivement retrouver du lait et constater des éraillures à la peau et la persistance de la coloration brune de l'aréole, qui permettent de reconnaître que la femme a eu un ou plusieurs enfants. Il s'en faut cependant que ces signes soient constants. Certaines femmes, par un privilége rare, après avoir été mères plusieurs fois, ne présentent pas autour du mamelon le moindre dépôt de matière pigmentaire et conservent, à cet égard, une apparence virginale.

Je n'ai autant insisté sur ces divers signes de l'accouchement que parce que, malgré tout, la constatation de ce fait offre souvent une difficulté réelle; et que ce n'est pas trop de l'ensemble de ces caractères et de toute l'attention d'un médecin expérimenté pour se prononcer avec certitude sur la question de savoir si une femme est accouchée. La détermination de l'époque complique le problème. Mais il faut bien prendre garde que l'on ne doit jamais la fixer d'une manière absolue, à moins qu'il ne s'agisse d'une délivrance toute récente. Il suffit que l'expert démontre que la date de l'accouchement de la femme inculpée peut coïncider avec l'époque de la naissance de l'enfant dont le cadavre lui est représenté, et qu'une relation peut être établie entre la maternité de l'une et le meurtre de l'autre. La justice fera le reste.

Des circonstances relatives à la grossesse et à l'accouchement. — Dans l'immense majorité des infanticides, la grossesse a été dissimulée avec soin et l'accouchement s'est opéré clandestinement; aussi toutes les circonstances qui s'y rapportent restent enveloppées de mystère, et l'expert chargé de les apprécier n'a, pour s'éclairer, que les déclarations de la mère accusée, c'est-à-dire des allégations trop intéressées pour n'être pas bien souvent arrangées suivant les nécessités de la défense, ou même absolument fausses. Il faut, dans ces cas, que le médecin légiste s'attende aux inventions les plus grossières, aux théories les plus chimériques, dont il semble qu'il pourrait laisser le ridicule faire justice, mais qu'il doit cependant discuter et réfuter sérieusement, même lorsqu'elles sont le moins sérieuses. Que de fois il lui arrivera d'entendre soutenir que la femme a ignoré sa grossesse, qu'elle ne se savait pas enceinte, qu'elle est accouchée sans le savoir. Ce sont là autant de questions qui se produisent au grand jour de la Cour d'assises, et auxquelles il faut être préparé.

La femme a-t-elle pu ignorer sa grossesse?—L'une des charges qui frappent le plus l'esprit des jurés dans toute accusation d'infanticide, c'est le fait de la part de la mère d'avoir dissimulé sa grossesse et de n'avoir rien préparé pour recevoir son enfant. De là l'empressement avec lequel la plupart des accusées cherchent à se disculper de ce reproche en alléguant qu'elles ne se savaient pas enceintes. Si l'on devait résoudre la question d'une manière abstraite et dire si, oui ou non, une femme peut ignorer sa grosssesse, on risquerait de se tromper bien souvent et d'égarer la justice. Il faut se défier en médecine légale des faits exceptionnels et des possibilités. On doit juger chaque cas particulier d'après les conditions propres dans lesquelles il se présente.

Une considération importante et de nature à fixer l'attention avant toute autre, c'est de savoir si la femme a déjà eu

des enfants ou si elle est primipare. Dans le premier cas, à moins de maladie constatée, il est difficile d'admettre qu'elle ait pu se tromper sur les premiers signes de la grossesse, et à plus forte raison sur les avant-coureurs de l'accouchement. La femme, il est vrai, ne manque pas de dire qu'il y avait un dérangement dans sa santé, et elle attribue l'ignorance où elle est restée à une suspension des règles ou à une irrégularité habituelle de ce côté. Mais si la suppression des menstrues a pu ne pas la surprendre, elle n'a pu se méprendre aux phénomènes qui se montrent plus tard, notamment aux mouvements de l'enfant qu'il suffit d'avoir sentis une fois pour ne jamais les méconnaître. Mais certaines femmes ne craignent pas de dire qu'elles n'ont jamais senti remuer leur enfant ; l'expérience unanime des accoucheurs s'élève contre cette assertion. Si des états pathologiques divers peuvent, en l'absence de toute grossesse, simuler les mouvements d'un fœtus, dans les conditions normales, la présence de l'enfant est toujours accompagnée de mouvements qui peuvent se montrer plus ou moins tardivement, qui peuvent être plus ou moins énergiques, plus ou moins fréquents, mais qui, toujours à un certain moment, seront perçus par la femme enceinte.

Si celle-ci est primipare, il est très-certain qu'on peut, jusqu'à un certain point, se montrer moins absolu et ne pas lui refuser le bénéfice de circonstances exceptionnelles qui lui auraient permis d'ignorer complétement sa grossesse ; cependant une jeune fille, si innocente qu'on la suppose du fait de la conception, doit se préoccuper des modifications physiques qui l'accompagnent. Laissons de côté l'hypothèse d'un trouble ordinaire de la santé; admettons, comme on doit le faire dans la réalité, qu'elle est réglée comme le sont toutes les femmes, la disparition et la suppression prolongées des règles durant plusieurs mois de suite, doivent lui être à la fois un avertissement et un sujet d'alarme.

Les questions relatives à l'irrégularité des menstrues, à la possibilité de leur apparition pendant un temps ou même pendant toute la durée de la grossesse, donnent souvent lieu à des discussions scientifiques qui se mêlent aux débats judiciaires. On en trouvera un exemple curieux et instructif dans l'affaire Lemoine, dont je rapporterai plus loin les détails. J'engage à rechercher, dans cette relation, les renseignements qu'a donnés sur ce point, avec toute l'autorité qui lui appartient, M. Danyau, le savant professeur de la Maternité. C'est surtout sur le terme de la grossesse, sur l'époque à laquelle elle est parvenue, que beaucoup de femmes cherchent à donner le change, et que peuvent se produire les calculs les plus compliqués touchant la date de la suppression.

Si l'on ajoute la déformation de la taille, le développement du ventre, l'augmentation de volume des seins, l'apparition souvent précoce de la sécrétion lactée, les mouvements d'abord peu sensibles, mais de plus en plus accusés, de l'enfant, en voilà certes plus qu'il n'en faut pour qu'une femme primipare s'aperçoive qu'il se passe en elle quelque chose d'insolite, et il y a lieu de s'étonner si elle ne s'est confiée et n'a demandé conseil à personne.

Malgré tout et si rares, si exceptionnels qu'ils soient, il reste un certain nombre de faits parfaitement avérés et positifs dans lesquels des femmes sont arrivées au moment de la délivrance sans se douter qu'elles étaient enceintes. Mais, chose remarquable et bien utile à relever ici, ce n'est pas chez des jeunes filles primipares que ces faits se produisent, c'est plutôt chez des femmes parvenues à l'âge où elles peuvent se croire délivrées des chances de la maternité et qu'une suppression des règles n'a pas lieu de surprendre. J'en connais un exemple des plus frappants observé dans des conditions sociales et dans des circonstances faites pour éloigner tout soupçon, et dans lequel l'erreur entretenue par

les plus habiles médecins n'a été reconnue qu'au moment de l'accouchement.

Mais qui ne voit la différence capitale qui sépare ces faits de ceux où se produit l'allégation mensongère de la femme qui se débat sous une accusation d'infanticide ! La meilleure preuve que celle-ci n'a pas ignoré sa grossesse, c'est qu'elle a tout fait pour la dissimuler ; c'est qu'elle a comprimé sa taille, changé la forme de ses vêtements, parfois même suppléé par la ruse à l'écoulement menstruel ; et qu'enfin lorsque le terme est arrivé, elle a caché ses douleurs, étouffé ses cris, et seule, sans aide, a mis clandestinement au monde l'enfant qu'elle savait bien porter dans son sein et qu'elle a tué au moment même où il venait de naître.

Ainsi, pour l'expert, il ne s'agit pas de dire si une femme peut, en thèse générale, ignorer sa grossesse. Il n'a à juger que la question de fait et à l'apprécier dans ce qu'elle a d'actuel : à voir si la femme est primipare ou si elle a déjà été mère ; si elle est très-jeune ou, au contraire, plus âgée que ne le comporte d'ordinaire la possibilité de la conception ; à tenir compte de la conduite qu'elle a tenue durant sa grossesse, des conditions dans lesquelles s'est opérée la délivrance, et alors il sera autorisé à conclure, sinon avec une absolue certitude, du moins avec toute vraisemblance, que la femme accusée d'infanticide n'a pas pu ignorer sa grossesse.

La femme peut-elle accoucher sans le savoir ? — La femme qui nie avoir soupçonné sa grossesse, n'aura pas grand effort à faire pour prétendre qu'elle a été surprise par les douleurs de l'enfantement ; bien plus, qu'elle est accouchée sans le savoir. Là encore il n'est pas permis de répondre d'une manière générale, et cependant on pourrait sans trop de témérité soutenir que le fait n'est pas possible.

Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que d'une femme saine de corps et d'esprit ; on connaît, en effet, les états pa-

thologiques qui, frappant sur les facultés physiques ou intellectuelles, abolissant la sensibilité, peuvent enlever à la femme toute conscience de son accouchement. L'anesthésie chloroformique en fournit un exemple saisissant. Il suffit d'avoir assisté à un accouchement dans lequel le chloroforme a été employé pour être convaincu du défaut absolu de conscience de la femme qui, au sortir de l'anesthésie, entendant son enfant crier à l'extrémité de la chambre, ne se rend pas compte de sa propre délivrance ; mais les accouchements qui s'opèrent de cette façon n'ont rien à voir avec l'infanticide.

Il y a dans cette question une distinction importante à faire. La femme peut-elle avoir été surprise par les douleurs de l'enfantement ou par une subite délivrance? ou peut-elle avoir accouché sans s'en être doutée, soit durant son sommeil, soit dans tout autre état ?

Sur le premier point, j'ai déjà indiqué, à l'occasion de l'immersion du nouveau-né dans les fosses d'aisances, l'erreur possible d'une femme qui, se croyant pressée par le besoin de la défécation, accouche dans les latrines. Le fait est constant. De même, un certain nombre de femmes accouchent avec une rapidité extraordinaire et ont pu ainsi, en quelques instants, se trouver délivrées brusquement et presque sans douleur, sur la voie publique, dans une voiture, au seuil d'un hôpital. Là n'est pas la question. Dans ces divers cas, la femme a pu se méprendre sur les premiers signes de l'enfantement, et n'avoir pas prévu sa prompte délivrance. Mais à un moment donné, elle a dû se trouver éclairée par le fait lui-même et a pu ou appeler à son aide, ou recueillir elle-même son enfant. Elle a su qu'elle accouchait ou tout au moins qu'elle était accouchée.

Le second cas est plus délicat et se produit dans des conditions complexes. La première qui peut se présenter comme compatible avec l'inconscience de la femme qui accouche,

c'est l'état de maladie, tel que le coma apoplectique, l'ivresse profonde et prolongée, le narcotisme. Tout le monde connaît le fait de la comtesse de Saint-Céran qui accoucha sans s'en douter pendant le sommeil artificiellement provoqué en vue de soustraire l'enfant, et de s'approprier les biens dont il pouvait hériter.

Parmi les accidents qui compliquent parfois le travail, il en est qui méritent une place à part au point de vue qui nous occupe : ce sont l'éclampsie et l'hémorrhagie. L'éclampsie est suivie d'un état de stupeur, durant lequel la femme perd toute notion du monde extérieur, toute perception sensoriale et peut fort bien accoucher sans le savoir. Mais c'est là un état fort grave ; il est difficile d'admettre que les convulsions éclamptiques n'amènent pas quelque intervention étrangère ; et je ne sais pas bien ce que deviendrait la femme abandonnée à elle-même dans cet état ; je sais surtout que l'enfant aurait beaucoup de chance pour mourir avant de naître, et qu'il n'y a guère place ici pour l'infanticide.

Quant à l'hémorrhagie, si elle peut déterminer une syncope assez prolongée pour que la femme évanouie accouche à son insu, il est plus que probable qu'elle ne passera pas inaperçue. Et il y a également de grande chance pour que la mère et l'enfant succombent. Ce ne sont donc pas là, à vrai dire, des difficultés qui puissent, dans la pratique, embarrasser sérieusement l'expertise médico-légale en matière d'infanticide.

Il ne reste donc que le sommeil, et sur ce point, je me fais un devoir de citer l'opinion de M. le professeur P. Dubois, consignée dans une leçon clinique publiée il y a quelques années (1) :

(1) P. Dubois, *Revue clinique hebdomadaire* (*Gazette des hôpitaux*, 1854, n° 39).

«Une femme peut-elle accoucher sans le savoir et sans être dans un état pathologique particulier? M. Devergie résout négativement cette question. La femme ne pourrait accoucher sans le savoir qu'en étant alors plongée dans un sommeil profond; mais M. Devergie dit que le sommeil serait tout de suite interrompu par les douleurs du travail, et, selon lui, une femme qui alléguerait un pareil motif serait sans excuse. Cependant un accoucheur célèbre a pensé que les voies peuvent être assez dilatées, le travail assez rapide, les sensations assez obtuses et la femme plongée dans un sommeil assez profond, pour qu'il ne soit pas impossible qu'elle accouchât sans le savoir.

» Pour ne prendre qu'un exemple entre mille, je citerai le fait d'une primipare de vingt-deux ans, qui entra un samedi à la Clinique sans souffrir beaucoup; cet état se continua jusqu'au lundi. Le soir de ce jour, elle dormit depuis huit heures jusqu'à minuit; à cette heure, elle se réveilla, se sentit mouillée et crut qu'elle avait uriné; elle prit un vase de nuit, et, au moment où elle allait uriner, elle sentit quelque chose de gras à la vulve; l'enfant allait sortir. Ainsi donc, pendant son sommeil des contractions utérines s'étaient montrées; la tête était descendue dans l'excavation pelvienne, et cependant elle était primipare. Le moment le plus pénible de l'accouchement, celui où la tête franchit le col de l'utérus, elle ne l'avait pas senti.

» Dans Montgomery, on trouve deux faits analogues empruntés à deux accoucheurs anglais distingués. L'un d'eux, Douglas, fut appelé auprès d'une femme qui était déjà accouchée; cette femme, qui était enceinte, couchait avec une petite fille de quatre ans; elle fut réveillée par cette petite fille, qui criait parce qu'elle avait senti les mouvements d'un petit enfant qui criait aussi; la femme s'aperçut alors qu'elle était accouchée. L'autre accoucheur auquel Montgomery emprunte le deuxième fait, raconte que la femme d'un lord

d'Angleterre accoucha pendant son sommeil; ce fut son mari, qui couchait avec elle, qui s'en aperçut; il avait senti les mouvements d'une troisième personne dans le lit; il réveilla sa femme, et ils reconnurent alors qu'elle avait accouché.

» Ainsi donc l'assertion de M. Devergie est trop affirmative; il est certain qu'une femme peut accoucher pendant son sommeil. Néanmoins, comme ces cas sont très-rares, puisque ces deux cas inconnus jusqu'ici en France, et que M. Paul Dubois a cités dans sa clinique, sont les seuls qui existent dans la science, il ne faut pas s'en autoriser pour excuser, pour accepter trop facilement qu'une femme peut accoucher sans le savoir. Presque toujours cette question est posée dans le cas d'infanticide; l'enfant est étouffé le plus souvent, et ce n'est que pour des cas semblables que le témoignage d'un homme instruit est demandé; il ne faut pas alors que l'appui d'un médecin devienne un moyen de défense pour des individus justement accusés. »

Je me rallie pleinement aux principes qui terminent la leçon de M. P. Dubois. Je me permets d'ajouter que les faits empruntés aux auteurs anglais, précédemment cités, n'offrent peut-être pas toutes les garanties d'authenticité désirables. Je conseille au médecin qui serait interpellé en cour d'assises sur de pareils faits, de se contenter de faire appel aux souvenirs personnels des jurés, parmi lesquels il rencontrera certainement plus d'un père de famille, et de leur demander si ayant assisté à un accouchement, ils croient sincèrement possible qu'un pareil travail s'accomplisse sans troubler le plus profond sommeil, et s'ils sont disposés à accepter les faits exceptionnels et peut-être même apocryphes que l'on invoque à l'appui des allégations de l'accusée.

Je ne voudrais pas m'arrêter à tous les arguments de rencontre, à toutes les questions inattendues qui peuvent se

produire à l'occasion de tel ou tel fait d'infanticide. Il est impossible de les prévoir : il serait oiseux de les discuter. Un jour on m'a demandé si un enfant mort pouvait venir au monde par les seuls efforts de la nature. Une autre fois l'expert aura à dire si une femme peut se délivrer seule, ce qui n'est pas douteux ; j'ai eu pour ma part à confirmer le fait pour une femme qui, privée de l'un de ses bras, avait pu néanmoins opérer sans aide sa délivrance. Ce sont là, on le voit, des particularités qui ne prêtent à aucun précepte didactique.

De l'état physique et moral de la femme après l'accouchement. — L'état physique et moral de la femme après l'accouchement est d'autant plus important à constater que souvent il a été présenté comme pouvant exercer sur les actes une influence directe et par suite enlever à une mère accusée la responsabilité du meurtre de son enfant. Il convient de distinguer à cet égard entre l'état physique et l'état intellectuel et moral, bien que l'un et l'autre puissent être invoqués pour justifier l'infanticide. J'examinerai donc successivement les deux questions qui se rapportent à l'une ou à l'autre de ces constatations.

Une femme qui vient d'accoucher est-elle hors d'état de donner à son enfant les soins nécessaires? — Rien n'est plus commun que d'entendre, en cour d'assises, les femmes accusées d'infanticide, prétendre qu'elles se sont trouvées dans l'impossibilité physique de s'occuper de l'enfant qu'elle venaient de mettre au monde. L'une alléguera qu'elle s'est trouvée mal au moment de la délivrance, qu'elle est tombée en syncope. Cela peut en effet arriver si une hémorrhagie abondante a eu lieu au moment de l'accouchement : c'est là, à vrai dire, la seule cause de syncope admissible. Mais il ne suffit pas d'alléguer le fait, il faut le prouver. Une perquisition au domicile de la femme, une enquête dans le

lieu où elle s'est délivrée, permet de reconnaître si, en effet, il y a eu perte de sang considérable et capable de produire la syncope. Une autre soutiendra qu'elle était en proie à des convulsions, à des attaques de nerfs qui l'ont empêchée de songer à son enfant : et que celui-ci a pu ainsi rester dans une position vicieuse, entre les jambes de la mère, la face sur le lit, baignant dans les liquides qui s'échappent des parties de la femme ; ou bien encore que dans un mouvement convulsif elle l'aura écrasé ou étouffé sans s'en apercevoir; ou seulement que dans l'état de stupeur ou de syncope dans lequel elle était plongée, elle n'a pu débarrasser son enfant des mucosités et des matières glaireuses qui s'accumulent dans l'arrière-gorge du nouveau-né, ce qui l'a étouffé.

Mais j'ai déjà été au-devant de ces allégations et les ai réfutées en traitant de la mort par suffocation. Je n'y reviens que pour mieux montrer le cas que l'on doit faire de ces nombreuses suppositions imaginées le plus souvent pour soutenir une défense aux abois.

La plupart de ces suppositions sont purement gratuites : et lors même qu'elles seraient acceptables en fait, elles seraient loin d'avoir les conséquences qu'on prétend leur attribuer. C'est ainsi que la position de l'enfant, la submersion de la tête dans les liquides issus de la femme n'entraîneraient pas nécessairement la mort du nouveau-né, chez qui la vie sera entretenue par la circulation placentaire tant que le cordon n'aura pas été coupé et que le placenta sera retenu dans la matrice, ce qui aura certainement lieu, puisque la femme n'aura pas été plus en état de se délivrer que de soigner son enfant. La pression supposée du corps ou de l'un des membres de la femme accouchée laisserait des traces visibles et une déformation persistante, sur la face ou la poitrine du nouveau-né. Et quant aux mucosités accumulées dans l'arrière-gorge, outre qu'elles ne sont pas de na-

ture à obstruer les voies aériennes, au premier cri de l'enfant, à la première secousse de toux, elles eussent été expulsées et n'auraient pas empêché l'entrée de l'air.

Pour peu qu'on ait vu naître un enfant et qu'on ait observé ses premiers mouvements, on ne peut douter qu'il en soit ainsi.

Mais toutes ces hypothèses tombent devant ce fait capital, sur lequel j'ai tant de fois insisté, que l'enfant né dans ces conditions et mort par suite de l'abandon dans lequel il aurait été laissé n'aurait jamais complétement respiré. L'examen de l'enfant, les constatations faites sur son cadavre sont donc les meilleures preuves à opposer aux allégations mensongères de la femme. Et lorsqu'on trouve les poumons pénétrés par l'air on est en droit de déclarer formellement que l'enfant ne s'est pas trouvé dans la position indiquée, et que sa mort n'est pas le résultat de l'impossibilité physique où la mère aurait été de s'occuper de lui et de lui donner les soins nécessaires.

Les violences commises par une femme sur son enfant sont-elles le résultat d'une perversion des facultés mentales ou affectives, ou d'un délire puerpéral? — J'arrive à un argument plus délicat qui est, dans bien des cas, la base de la défense, et qui, habilement présenté par une voix éloquente, peut souvent troubler et entraîner la conscience du juge, sans cependant être fondé sur l'appréciation exacte du fait qu'il appartient à l'expert de rétablir dans toute sa vérité. Tout à l'heure on invoquait certaines circonstances physiques dans lesquelles pouvait se trouver la femme récemment accouchée, maintenant c'est au trouble de la raison, c'est à la perversion de ses facultés affectives, à une sorte de délire passager qui peut suivre la délivrance que l'on veut attribuer le meurtre du nouveau-né. L'infanticide n'est pas nié, il est constant, mais l'accusée est irresponsable et partant innocente. Je ne veux pas aborder ici, à l'occasion d'une étude

spéciale, la grande question médico-légale de la folie que je me propose d'entreprendre bientôt dans son ensemble; mais il est impossible, au point de vue particulier de l'infanticide, de ne pas examiner très-sérieusement, et à fond, la question de responsabilité de la femme accusée qui mérite d'autant plus d'attention qu'elle se rapporte à une forme de folie tout à fait distincte et que l'on a prétendu constituer sous le nom de *folie puerpérale*, dont la folie des nouvelles accouchées ne serait qu'une variété.

Si l'on veut sainement apprécier les faits de cet ordre, il importe, avant tout, de tracer nettement les limites dans lesquelles ils peuvent se produire. Il ne s'agit pas des perversions instinctives qui se montrent parfois chez les femmes enceintes; il ne s'agit pas davantage du désordre intellectuel et moral, du délire ou même de la folie qui peut se déclarer plus ou moins longtemps après l'accouchement, au moment de la montée du lait, c'est l'expression consacrée, ou sous l'influence de l'allaitement. Nous ne sommes déjà plus ici dans les conditions de l'infanticide. Il faudrait, pour être vrai, circonscrire la folie des nouvelles accouchées, dans les premiers moments qui suivent l'accouchement, et la ranger au nombre de ces folies transitoires dans lesquelles, sous l'influence d'un trouble momentané, très-rapide, d'une perversion subite de l'intelligence, des facultés morales, un individu peut se laisser aller à commettre un crime. Cela est d'autant plus nécessaire que ces malheureuses femmes, folles, à ce qu'on prétend, au moment où elles ont tué leur enfant, ne le sont plus le moins du monde lorsqu'elles viennent, en cour d'assises, répondre à une accusation d'infanticide. Et qu'on y prenne garde, c'est bien là la thèse de la défense. Le tableau saisissant qu'elle fait revivre devant le jury ne contient pas autre chose. Ce sont les douleurs atroces de l'enfantement qui portent, jusque dans le fond de l'âme de la femme, le trouble et le déchirement qui

la jettent violemment hors d'elle-même, en proie à une surexcitation fiévreuse, à une sorte de fureur maniaque dans les transports de laquelle elle tue, sans en avoir conscience, cet enfant, dont, un instant après, la perte fait couler toutes ses larmes.

Il faut se dégager de ces peintures et fermer l'oreille à ces mouvements d'éloquence pour juger froidement les faits après qu'ils auront été replacés dans leur véritable jour, et réduits aux proportions qui leur appartiennent dans la réalité.

Il est incontestable que si le travail de l'enfantement se prolonge, si les douleurs prennent ce caractère énervant qu'elles revêtent quelquefois, la femme, pour peu qu'elle soit excitable et nerveuse, s'agace, s'irrite, s'emporte, méconnaît la tendresse de ses proches, de son mari qui l'entourent, les soins de l'homme de l'art qui l'assiste, se répand en paroles violentes, incohérentes même, éclate en mouvements d'aversion pour l'enfant qui va naître. Mais de là à la folie, à la perversion de la volonté, à la fureur homicide, à l'inconscience et à l'irresponsabilité des actes, il y a un abîme infranchissable. Ce n'est pas la folie, ce n'est même pas la perversion transitoire des facultés, c'est une surexcitation de la sensibilité qui laisse intacts la raison et les instincts.

Les faits en apparence contraires que les médecins aliénistes ont cités ne démontrent qu'une chose, c'est la fausseté de l'interprétation qu'ils ont reçue. La question est si grave qu'il me paraît indispensable de l'exposer d'une manière complète en laissant la parole à l'auteur qui l'a le mieux résumée dans un livre consciencieux et bien fait(1).

(1) L. Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet.* Paris, 1858, p. 134.

Je serai plus libre, après l'avoir cité, pour combattre ses conclusions.

« Dans le cas où des traces non douteuses de violence existeraient sur le corps de l'enfant, si une femme venait encore alléguer un trouble mental passager, cette excuse serait-elle admissible, ou au moins discutable? La science peut-elle affirmer que dans les derniers moments du travail, une femme soit exposée à des accès de fureur pendant lesquels elle exerce sur son enfant des violences dont elle n'est pas responsable; semblable en cela aux femelles de certains animaux qui sont quelquefois prises pendant la parturition d'une fureur durant laquelle elles se jettent sur leurs petits et les mordent au point de les tuer (1)?

» Les faits nous permettent de soutenir l'opinion de Gall (2), et de résoudre cette question par l'affirmative. En démontrant la possibilité d'un accès instantané de délire, ils éveillent l'attention de l'expert qui pourra diriger de ce côté son interrogatoire; dans la pratique, il faudra sans doute une réunion de circonstances bien probantes, et un examen bien attentif, pour arriver à démontrer qu'il a existé au moment de l'accouchement un accès passager d'aliénation mentale. Mais ces faits peuvent se rencontrer, et nous pouvons sans peine en citer quelques exemples. Qui ne connaît le cas de cette fille dont parle Esquirol? Elle n'avait point caché sa grossesse, elle fit faire une layette. La veille de son accouchement, elle se montra à tout le monde. Elle accoucha pendant la nuit, et le lendemain le corps de l'enfant fut trouvé dans les latrines, mutilé de coups de ciseaux. Cette fille avoua son crime et n'en témoigna aucun regret : Je n'ai pas fait de mal, répétait-elle; ils ne peuvent rien me faire, n'est-ce pas? Quelques jours après

(1) Burdach, *Traité de physiologie,* trad. Jourdan, t. IV, p. 323.
(2) Gall, *Sur les fonctions du cerveau,* t. Ier, Infanticide, p. 372 et suiv.

on l'interroge, elle avoue son crime, ne s'en défend point, ne témoigne pas le moindre regret, mais elle refuse de manger. Cette fille n'avait-elle pas eu un accès de délire (1)?

» Un cas analogue se retrouve dans les annales judiciaires. En 1847, la cour d'assises de la Marne jugeait la nommée Rosalie Prunot, accusée d'infanticide. Depuis quelque temps on soupçonnait chez elle une grossesse; un jour, elle se leva comme à l'ordinaire et se mit à l'ouvrage, mais elle dut y renoncer : un médecin appelé examina la malade et finit par lui faire avouer qu'elle était accouchée pendant la nuit. Elle déclara en même temps que l'enfant n'avait pas vécu et qu'elle l'avait caché sous la paille au grenier. Ce fut là qu'on le trouva en effet; il avait autour du cou un cordon fortement serré et noué par un nœud, dit rosette; à l'audience, elle finit par avouer qu'elle avait en effet serré un cordon autour du cou du nouveau-né, mais elle assura qu'en ce moment elle avait la tête complétement perdue. Elle ne connaissait pas sa grossesse, dit-elle : effrayée par la venue des premières douleurs, atterrée par la vue d'un enfant, elle a eu l'esprit égaré et sa main a fait ce que désavouait son cœur : « Si j'avais pu réfléchir, je n'aurais pas agi ainsi ; je suis jeune, j'aurais gagné assez pour me nourrir, moi et mon enfant. » Le défenseur établit que l'accusée était réellement folle au moment de l'accouchement : Cette folie était si réelle, ajouta-t-il, que la malheureuse laissa au cou de la victime le cordon qui avait servi à donner la mort. Le jury prononça un verdict d'acquittement (2).

» Enfin, M. Boileau de Castelnau (3), a discuté avec talent

(1) Esquirol, *Maladies mentales*. Paris, 1838, t. I, p. 321.

(2) *Journal de Reims*, 1847.

(3) Boileau de Castelnau, *Sur la folie instantanée, considérée au point de vue médico-judiciaire* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, t. XLV, p. 437, 1851.)

et sagacité l'observation d'une fille J., qui, devenue enceinte, mais ayant caché avec soin sa grossesse, accoucha seule et en secret. S'armant d'un petit couteau de poche, elle frappa son enfant à la tête, au dos, au ventre, aux jambes, lui trancha la tête et cacha sous la paillasse de son lit les débris ensanglantés. Son père et une voisine pénétrèrent dans la chambre. A la vue du sang répandu et qu'elle n'avait pas cherché à effacer, l'un et l'autre l'accusèrent. J. nia d'abord. En découvrant le cadavre de l'enfant, la voisine lui dit : « Tu as commis un crime, la justice se vengera sur toi. — Je le mérite ! » répondit J. J. remit elle-même le couteau au maire; elle ne chercha ni à se cacher, ni à s'évader; elle avoua son crime au procureur de la république, en l'attribuant au désespoir causé par le délaissement du père de son enfant, et elle dit à ce magistrat : « Faites de moi ce que vous voudrez, je le mérite. » M. Boileau de Castelnau, prenant en considération les antécédents héréditaires de J., dont le grand-père était mort aliéné, dont la mère avait éprouvé des accidents nerveux très-graves ; s'appuyant, en outre, sur la multiplicité des blessures, sur l'arrachement complet du cordon ombilical, indice d'une violence inutile et désordonnée; enfin, sur ce fait que l'inculpée n'avait nullement cherché à cacher son crime, et en avait avoué toutes les circonstances, arriva à cette conclusion que J., au moment où elle avait commis son crime, était en proie à un égarement momentané qui lui enlevait le libre exercice des ses facultés affectives et intellectuelles. Le jury admit seulement les circonstances atténuantes. »

Que valent ces faits? Et ne faut-il pas une singulière inexpérience des débats judiciaires et une bien grande complaisance pour y trouver des exemples de folie transitoire survenue au moment de l'accouchement? N'y retrouve-t-on pas textuellement, en quelque sorte, les termes mêmes de

cette défense banale qui se produit dans toute affaire d'infanticide : ignorance prétendue de la grossesse qui a cependant été dissimulée avec soin, surprise causée par les premières douleurs de l'enfantement, égarement passager qui dure tout juste le temps de mutiler l'enfant avec des ciseaux ou avec un couteau, de lui nouer un cordon autour du cou, puis de le cacher sous les matelas ou de le jeter dans les latrines. Les aveux dont les auteurs cités se sont fait un argument en faveur de la folie transitoire sont-ils si difficiles à expliquer en présence d'un flagrant délit. J'en dirai autant des mutilations que l'on veut faire passer pour des violences inutiles, qu'un fou seul peut commettre. Ne savons-nous pas que dans l'infanticide elles constituent un moyen très-ordinaire et si l'on peut ainsi dire très-rationnel de faire disparaître plus aisément le cadavre du nouveau-né? Je ne peux donc admettre dans ces cas, et j'ajoute que je n'en connais pas un seul exemple authentique et vraiment démonstratif, cette folie transitoire du moment de l'accouchechement dont Marcé a voulu faire une variété de la folie puerpérale.

Mais par contre, je reconnais fort bien qu'il y a des cas où l'infanticide est l'œuvre de la folie, et où la femme accusée doit être déclarée irresponsable. Seulement, ces cas sont d'une toute autre nature que ceux qui précèdent.

Ce sont ceux dans lesquels la folie, qu'elle ait précédé ou suivi l'accouchement, n'est pas transitoire mais bien caractérisée par les symptômes habituels tantôt de la folie hystérique, tantôt et plus souvent de la mélancolie lypémaniaque avec hallucination, tantôt enfin, mais beaucoup plus rarement, de la fureur maniaque.

Qui ne connaît l'histoire fameuse de la fille Cornier, de laquelle il convient peut-être de rapprocher celle de Papavoine. C'est à ce genre d'impulsions morbides que l'on peut rapporter quelques-uns des cas d'infanticide commis par

des filles irresponsables. J'emprunte au livre de Marcé (1) les faits suivants, qui appartiennent manifestement à cette catégorie et qui appellent toute l'attention du médecin légiste. Il y joint d'ailleurs quelques préceptes excellents et tout à fait pratiques.

« Le docteur Barbier (d'Amiens) a communiqué à l'Académie de médecine un fait qui a eu un grand retentissement, et qu'Esquirol cite en détail dans son ouvrage (2). Il s'agit d'une femme nommée Marguerite Molliens, sujette à divers accidents nerveux, qui, cinq jours après son accouchement, ayant été vivement impressionnée par l'histoire de la fille Cornier, qu'on avait racontée devant elle, fut prise d'une impulsion irrésistible qui la portait à tuer son enfant. Un jour, elle sent son bras se porter involontairement vers un couteau, et se met à crier au secours; on accourt, elle se calme et avoue en pleurant l'impulsion qui la domine. La malade entra à l'Hôtel-Dieu d'Amiens; au bout de six semaines d'un traitement convenable, elle était assez bien rétablie pour pouvoir entrer comme domestique dans une maison; depuis, sa guérison ne s'est pas démentie.

» Le docteur Michu (3) a donné l'histoire d'une femme de la campagne, accouchée depuis dix jours de son premier enfant, qui, subitement, en jetant les yeux sur lui, se sentit agitée du désir de l'égorgement. Cette idée la fit frémir, elle sortit aussitôt pour se soustraire à ce funeste penchant. Rentrée chez elle, elle éprouva la même impression. Alors elle s'éloigna de nouveau, se rendit à l'église, puis chez le curé, auquel elle confia tout; ce dernier l'adressa à un médecin qui lui donna les soins convenables; au bout de huit jours, la malade était revenue à des dispositions plus heu-

(1) Marcé, *loc. cit.*, p. 300.

(2) Esquirol, *Des maladies mentales*, t. II, p. 825.

(3) Esquirol, t, II, p. 808, et J. L. Michu, *Discussion médico-légale sur la monomanie homicide*. Paris, 1826.

reuses : elle vit son enfant, mais on jugea convenable de le laisser avec sa nourrice.

» Le médecin légiste, lorsqu'il sera appelé à donner son avis dans un cas de cette nature, devra procéder à l'examen de l'état mental du sujet, sans tenir aucun compte de l'accouchement récent; il devra chercher si, dans les antécédents de l'accusée, dans les circonstances qui ont accompagné le crime, il se trouve des traces manifestes d'une impulsion irrésistible, ou d'une idée délirante qui a pu modifier sa liberté morale et lui enlever la responsabilité de ses actes. Comme modèle de la manière de procéder en semblable circonstance, je citerai un mémoire rédigé par Cazauvieilh (1), à propos d'une femme qui, deux jours après son accouchement, empoisonna son enfant en lui faisant avaler de l'acide sulfurique, pendant l'absence de sa nourrice et de son mari. Rien dans les antécédents de cette malade, rien dans les circonstances qui ont précédé ou accompagné le crime, ne pouvait faire croire à un délire même momentané; le crime n'était chez cette malade, comme chez tant d'autres, que le résultat d'un faux calcul. »

On peut joindre aux faits qui précèdent une observation fort ancienne et très-curieuse, que Calmeil rapporte dans son livre, œuvre magistrale d'érudition et d'observation, qui couronne une vie vouée tout entière à la science de l'aliénation et au soulagement des aliénés.

« La femme de George Wedering (de Halberstadt), âgée de vingt-quatre ans, modeste et vertueuse, étant accouchée, le vingt-cinquième jour de novembre 1557, d'une fille baptisée le lendemain, ne se trouva point en son lit. La servante, voyant pleurer l'enfant, vint au lit cuidant y trouver sa maîtresse et l'éveiller. Étonnée de l'absence, elle court éveiller

(1) Cazauvieilh, *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1re série. Paris, 1836, t. XVI, p. 121.

son maître, qui, merveilleusement effrayé, prend l'enfant entre ses bras, et cherche la mère par toute la maison. Bien entendent-ils patouiller dedans l'eau du puits, proche de la cave. Là-dessus on entend quelque personne au jardin de l'un d'iceux qui vient heurter à la porte, et lui ayant ouvert, ils virent la pauvre accouchée presque transie de froid, se plaignant d'avoir longtemps trempé au puits, dont faisaient foi ses vêtements tout mouillés. Enquise comment elle était dévallée en ce puits, bien couvert et bien clos, et qui n'avait qu'une petite fenêtre fort étroite, elle n'en savait rendre raison, et n'y avait homme qui pût comprendre comment cela s'était fait.

» Ayant été depuis grièvement malade l'espace de quelques jours, elle commença de se bien porter, tellement que le quatorzième de décembre elle se leva du lit, emmaillota son enfant et se mit à table pour dîner. Comme la servante fut allée à la cave pour tirer de la bière, elle se remet au lit et s'endort. La servante, de retour, voit la maîtresse dormant, mais le berceau vide. Tout effrayée, elle court au puits, qui lui revient en pensée, et voit l'enfant sur l'eau. La mère dormait comme une femme du tout assoupie. Après la prière faite au pied de son lit, elle ouvre les yeux et commence à dire aux assistants : Pourquoi m'avez-vous éveillée? je jouissais d'un contentement indicible, j'ai vu mon Sauveur, j'ai ouï les anges. S'estant remise à dormir, au bout de quatre heures elle s'éveille, se souvient de son enfant, et, ne le trouvant pas, s'afflige et se tourmente d'une façon pitoyable (1). »

Je puis citer encore quelques observations qui me sont personnelles et qui, sans être tout à fait des exemples d'infanticides, peuvent cependant en être utilement rapprochées.

(1) Calmeil, *De la folie, considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire.* Paris, 1845, t. I, p. 200.

Une femme accoucha à l'hôpital Necker. Quelques jours après, elle reçoit de son pays une lettre qui la plonge dans une profonde tristesse; elle devient sombre, et sa mélancolie augmentant elle coupe le cou à son enfant. Le délire lypémaniaque cède après l'accomplissement du meurtre. Mais il n'est pas rare, dans l'histoire de ce genre de folie, de voir ainsi un acte violent déchirer en quelque sorte les voiles qui obscurcissent l'intelligence. L'halluciné qui a obéi à la voix qui l'obsédait, cesse ordinairement de l'entendre. Ce n'est pas là, à proprement parler, un exemple de folie transitoire ni de monomanie homicide passagère.

En Allemagne, on a cité le fait auquel j'ai déjà fait allusion d'une femme qui découpa en morceaux l'enfant qu'elle allaitait, le mit dans une marmite avec du lard et des choux et s'apprêtait à servir à son mari cet horrible mets. Il y a dans la nature même du fait quelque chose qui indique l'aberration mentale. Il ne s'agit plus en effet de la femme coupant et mutilant le cadavre du nouveau-né pour le faire disparaître. La folie éclate ici, et il n'est pas besoin de recourir à des explications subtiles ou à des exceptions pour faire accepter, même des personnes les plus étrangères à notre art, l'irresponsabilité de ces femmes devenues criminelles sans en avoir conscience.

Je rapporterai un dernier exemple extrêmement curieux, le plus frappant peut-être qu'on puisse rencontrer d'un infanticide commis sous l'influence d'une impulsion morbide, avec toute la sécurité et toute l'indifférence qui caractérisent la folie.

Une étrangère d'une famille princière et d'une merveilleuse beauté, vivait à Paris dans un des grands quartiers de la ville, se prostituant à des laquais, à des gens du plus bas étage. Elle avait été déjà dans son pays natal séquestrée dans une maison de santé; mais elle avait réussi à obtenir sa liberté et était venue se fixer en France avec une fortune

qui lui eût permis l'existence la plus brillante. Le scandale de ses désordres avait de nouveau ému sa famille, qui s'était adressée aux autorités de notre pays pour faire examiner son état mental avant de prendre un parti à son égard. Nous avons été chargés de cette mission, M. Calmeil, M. le professeur Lasègue et moi. Nous avions conclu sans hésiter qu'elle était atteinte de folie hystérique et que le seul moyen de la soustraire à un genre de vie indigne, dont elle n'était d'ailleurs nullement responsable, était de la rendre à sa famille et de la placer de nouveau sous une surveillance sévère. Ce conseil ne fut qu'imparfaitement suivi : après un court voyage en Allemagne, elle revint à Paris à notre insu. Je ne l'avais plus revue, lorsque dix-huit mois environ après notre consultation, je fus appelé par la justice pour constater un infanticide dans une maison meublée du quartier de la place Vendôme. Introduit dans la chambre où le crime avait été commis, où l'enfant gisait la tête broyée dans un vase de nuit, sous le lit même dans lequel la mère était tranquillement couchée; je reconnais avec stupeur la jeune femme dont il vient d'être question. Elle était parfaitement insensible, à peine couverte et demi-nue en présence des nombreux témoins et agents qui remplissaient la chambre. Elle avait écrasé la tête de son enfant, se croyant parfaitement en droit de disposer de la vie qu'elle avait donnée, sans plus se soucier de sa maternité que de la vie de débauche à laquelle elle la devait. Elle ne pouvait ni admettre ni comprendre qu'on lui demandât des explications, et devant le cadavre de son enfant, impassible et froide, elle se montrait, comme je l'avais vue lors de ma première visite, inconsciente, irresponsable de ses actes, hystérique et folle.

En résumé, l'appréciation de l'état mental ne diffère pas pour les accusées d'infanticide de ce qu'elle doit être dans tout autre cas. Ce n'est pas sur une prétendue manie transi-

toire, sur une fureur homicide produite par les douleurs de l'enfantement que l'on peut fonder l'irresponsabilité de la mère infanticide. L'expert ne se laissera pas détourner par les entraînements de l'éloquence, ni par les sentiments de commisération qui s'attachent si naturellement à de pauvres filles séduites, que la misère et l'abandon ont conduites au crime. Mais l'égarement auquel elles ont cédé est l'égarement de la conscience et non pas la folie. Pour le médecin légiste, il faut, pour qu'il admette que la femme a agi sans discernement et n'est pas responsable du meurtre de son enfant, que par un examen attentif de l'état mental de l'accusée avant et après l'accouchement, et par une froide appréciation des circonstances qui ont accompagné et suivi la délivrance, il arrive à constituer avec ses caractères et sa marche propres une des formes communes de la folie, à laquelle il puisse attacher un nom, sans s'arrêter à une variété mal définie de la folie puerpérale à laquelle l'infanticide reste le plus souvent étranger.

J'en ai dit assez pour montrer quelle place importante occupe dans l'expertise médico-légale, l'étude approfondie et complète des conditions physiques et morales dans lesquelles se présente la femme accusée du meurtre de son enfant nouveau-né, et à l'aide desquelles on pourra souvent établir le lien qui rattache l'acte criminel à celle qui l'a commis.

CHAPITRE VI

DES CONSTATATIONS PROPRES A ÉTABLIR LES CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES S'EST ACCOMPLI LE CRIME D'INFANTICIDE.

Nous avons déjà indiqué un grand nombre de particularités qui se rapportent au procédé criminel employé, au lieu où l'infanticide a été commis et aux actes divers qui l'ont suivi et qui sont de nature à éclairer la justice sur l'auteur du crime et sur les circonstances dans lesquelles il a été accompli. Mais il est un dernier ordre de faits sur lequel je dois insister d'une manière toute spéciale, parce qu'il repose sur des observations tout à fait neuves auxquelles nous ont conduit les nécessités de la pratique et parce qu'il fournit une source de renseignements extrêmement précieux qui souvent à eux seuls dénoncent le crime.

Ces faits que je vais exposer ont été établis par des recherches qui nous sont communes, à M. le professeur Charles Robin et à moi (1) et dont la place est marquée dans cette étude. Elles ont un double objet : appeler l'attention des médecins légistes sur certaines questions encore peu étudiées qui peuvent se présenter dans les cas d'infanticide, et donner en même temps le moyen de les résoudre en faisant connaître une nouvelle et très-importante application du microscope aux recherches médico-légales. Les éléments nous en ont été fournis par deux expertises qui nous ont été confiées il y a une dizaine d'années à l'occasion de faits que nous exposerons succinctement, après avoir rappelé les données très-incomplètes que possède la science sur le sujet qui nous occupe.

(1) Ch. Robin et A. Tardieu, *Mémoire sur l'examen microscopique des taches formées par le méconium et l'enduit fœtal pour servir à l'histoire médico-légale sur l'infanticide* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, 1857, t. VII).

On a vu combien sont multipliées et diverses les questions qui surgissent, souvent de la manière la plus imprévue, dans les poursuites relatives au crime d'infanticide. Au nombre des plus délicates, il faut compter les constatations de taches diverses existant soit sur des draps de lit, soit sur des vêtements, et que l'on peut attribuer au contact du corps d'un fœtus ou d'un enfant nouveau-né. Il n'existe qu'un très-petit nombre de cas dans lesquels des recherches ont été entreprises pour résoudre ces questions. Cependant nous citerons, outre les expériences de M. Chevallier sur les caractères des taches formées par le liquide amniotique (1), une note publiée par M. Lassaigne (2) à l'occasion d'un rapport médico-légal dans lequel il avait eu à déterminer si des taches verdâtres déposées sur un drap de lit étaient produites par une certaine quantité de méconium du nouveau-né. Déjà Bouillon-Lagrange avait examiné le caractère de cette substance (3).

Le rapport de ce chimiste est assez peu connu, et d'ailleurs assez intéressant pour que nous croyons devoir en donner un aperçu rapide. Bouillon-Lagrange, après avoir fait connaître les expériences antérieures de Bayen et Deleurye, qui ont laissé une analyse du méconium, et dont le premier avait conclu que le méconium était un véritable excrément, mais un excrément laiteux déjà mêlé de bile, comme l'étaient ceux des adultes, expose ses propres recherches.

(1) A. Chevallier, *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, t. XLVII, p. 397.

(2) Lassaigne, *Ibid.*, 2e série, 1857, t. VII, p. 119.

(3) Ces recherches, rappelées par M. Lassaigne dans la note que nous venons de citer, ont donné lieu à une indication bibliographique inexacte, que nous rectifions ici : *Examen du méconium des enfants et de celui des agneaux*, par M. Bouillon-Lagrange (*Annales de chimie*, t. LXXXVI, p. 209), et *Suite du mémoire sur le méconium des enfants et sur celui des agnéaux, considéré sous le point de vue chimique* (*Ibid.*, t. LXXXVII, p. 18).

Le méconium provenant d'un enfant sain et bien portant, rendu quelques heures après la naissance, desséché et réduit en poudre, était parsemé d'une infinité de petits poils, au point qu'avant d'être pulvérisé on ne pouvait les séparer que difficilement, les molécules se trouvant entrelacées comme une étoffe feutrée. Il en a trouvé également dans la matière verte rendue par un enfant à la suite de tranchées. Cette première observation a donné à Bouillon-Lagrange l'idée de poursuivre ses expériences sur des méconiums de plusieurs enfants et de fœtus de différents âges que lui avaient procurés Chaussier. Tous ces méconiums furent séchés avec soin, et tous ont donné les mêmes résultats. Des méconiums desséchés d'agneau ont présenté le même résultat, avec cette seule différence que les poils étaient blancs et analogues à la laine, tandis que ceux qui proviennent du méconium des enfants étaient de la nature des cheveux.

Nous croyons devoir citer les conclusions auxquelles est arrivé Bouillon-Lagrange : 1° Le méconium d'un enfant nouveau-né, ou celui provenant d'un fœtus à plusieurs époques de la grossesse, est toujours de même nature; 2° Lorsqu'il est frais, il contient 70 pour 100 d'eau; 3° Les divers méconiums examinés, ainsi que celui pronant des agneaux, sont mêlés de poils; 4° Celui d'un enfant contient 2 centièmes d'une matière analogue au mucus nasal, 70 centièmes d'eau et 28 centièmes d'une substance que l'on peut regarder comme le méconium pur; 5° Il se rapproche beaucoup plus des substances végétales que des matières animales; 6° Cette substance ne contient pas de bile, comme on l'avait pensé : ainsi, le peu d'amertume qu'elle peut présenter paraît plutôt se rapporter à l'amer des végétaux; 7° Le méconium des agneaux, desséché, a une odeur de musc, et dans sa composition il présente quelques caractères analogues au méconium d'enfant; 8° La matière colorée mêlée aux excréments

que rendent les enfants, à la suite de tranchées, est purement végétale et combinée à une substance colorante verte et à de la graisse.

Dans toutes ces recherches, les savants que nous venons de citer avaient presque exclusivement porté leur attention sur des réactions chimiques, et s'étaient attachés surtout à des différences dans les proportions des divers éléments contenus dans les matières analysées et notamment de l'albumine. Cette voie ne pouvait conduire qu'à des résultats trop incertains et trop peu précis pour permettre des conclusions positives. Aussi, pour que la science ne restât pas au-dessous de ce que la justice attend d'elle lorsqu'elle fait appel à ses lumières, importait-il de prendre une autre direction et de puiser à une autre source les éléments de solution que l'analyse chimique et les caractères extérieurs des taches dont il s'agit ne pouvaient fournir.

C'est dans cette pensée que nous avons eu recours au microscope, qui a déjà éclairé plus d'un point de médecine légale, et dont il était permis d'espérer dans cette nouvelle circonstance le plus utile secours.

Nous exposerons d'abord les caractères extérieurs des taches produites par le contact du corps d'un enfant nouveau-né, puis les caractères normaux de l'enduit sébacé de l'épiderme fœtal et du méconium, et enfin les résultats de l'examen microscopique des taches formées par ces substances.

Des caractères extérieurs des taches produites par le contact du corps d'un enfant nouveau-né. — Nous ne pouvons mieux faire, pour donner une idée exacte des caractères extérieurs des taches produites par le contact du corps d'un enfant nouveau-né, que de reproduire la description de celles qui existaient dans les deux premiers cas soumis à notre observation. Cet exposé nous fournira en même temps

l'occasion de donner un aperçu des circonstances dans lesquelles se sont présentées les questions médico-légales intéressantes et neuves que nous nous proposons d'étudier.

Dans le premier de ces faits, il s'agissait d'une fille R. dont l'enfant avait été retrouvé dans une fosse d'aisances, la tête écrasée par le passage à travers l'orifice étroit des latrines, qui alléguait, entre autres moyens de défense, qu'elle était accouchée à l'improviste pendant qu'elle était sur le siége même des lieux d'aisances. Mais outre les preuves tirées de l'état du cadavre de l'enfant, on saisit les vêtements de cette femme, qui présentaient des taches caractéristiques que M. le juge d'instruction Genreau nous fit l'honneur de soumettre à notre examen.

La robe de cotonnade bleue offrait sur le devant de la jupe une tache qui en occupait transversalement presque toute la largeur et qui, située à peu près au milieu de la hauteur, se prolongeait par quelques souillures irrégulières et sous forme de bandes jusqu'au bout de la jupe. L'aspect général de cette tache, sa disposition, son siége, ses dimensions, donnaient très-nettement l'idée d'un corps long de 50 centimètres environ, qui aurait été enveloppé dans la jupe relevée. Cette tache, d'un blanc grisâtre, formait dans plusieurs de ses parties une épaisseur due au dépôt d'une matière desséchée, compacte, graissant légèrement le tissu et qui s'enlevait aisément sous forme de lamelles. Quelques points offraient une teinte rougeâtre foncée et de petites écailles, manifestement dues au contact d'une petite quantité de sang.

Nous pouvons dire, dès à présent, que ces taches reconnues par les procédés qui vont être indiqués comme formées de sang et d'enduit sébacé, fournirent la preuve évidente que l'accusée n'était pas accouchée dans les conditions qu'elle indiquait et que le corps de l'enfant, loin de tomber

directement du sein de sa mère dans la fosse, avait été transporté dans un pli de la robe et jeté dans les latrines. La condamnation prononcée dans cette affaire fut certainement déterminée en partie par la démonstration qui fut faite à l'audience, devant le jury, des taches existant sur les vêtements.

Le second fait est relatif à la fille B., domestique dans un château de l'arrondissement d'Aix, qui avait nié sa grossesse et avait voulu cacher son accouchement. Elle n'en fit l'aveu que lorsque les médecins de la localité eurent constaté la nécessité de compléter la délivrance, et que le cadavre de son enfant eut été découvert dans une armoire. Cette fille nia avoir donné la mort à son enfant. Elle prétend qu'il a vécu environ deux heures, qu'elle l'a vu remuer, qu'il n'a point crié et qu'il a seulement poussé une espèce de râle. Elle l'aurait placé dans son lit, à côté d'elle, jusqu'au moment où il a expiré.

Tout dans l'information semble démentir le système de cette fille. Des taches de sang trouvées sur la toile supérieure de la paillasse du lit de cette fille, et celles qui existaient en même temps sur la toile inférieure du matelas, semblaient indiquer par leur forme, leur nature, leur couleur et leur aspect, qu'elles ont pu être produites par la présence du corps d'un enfant nouveau-né placé entre le matelas et la paillasse où il serait mort étouffé. Cette présomption, dans la pensée du magistrat instructeur, eût été bien plus évidente s'il eût été reconnu que ces taches contenaient du sang, du méconium et de la matière sébacée.

L'inculpée soutient que ces taches proviennent d'un large drap de lit dont elle avait frotté le sol qui était imprégné de sang et qu'elle aurait caché à dessein entre la paillesse et le matelas. Cette allégation ne peut être admise : car, d'une part, ce drap de lit qu'elle dit avoir laissé dans cet endroit

n'y a pas été retrouvé, et personne n'a déclaré l'en avoir retiré ; et d'une autre part, ce point a été l'objet d'expériences spéciales instituées par les experts d'Aix, que nous croyons utile d'exposer d'une manière succincte.

Ces honorables médecins, dans le but de déterminer si les taches ont pu être produites par l'interposition d'un drap imbibé de sang, ont à plusieurs reprises placé un drap pelotonné et plus ou moins complétement imprégné de sang mélangé d'eau, entre la paillasse et le matelas d'un lit sur lequel un homme est resté étendu pendant un certain temps pour que l'infiltration pût avoir lieu. Les taches qui ont été produites sur les deux toiles étaient beaucoup plus grandes que celles qui ont été constatées ; inégales, largement disséminées, pâles et offrant dans leur étendue des espaces tout à fait secs et une grande diversité de consistance et de couleur dans les points tachés de sang. De plus, la tache correspondante de la paillasse était sensiblement différente de celle du matelas.

Dans une autre série d'expériences, un cadavre d'enfant long de 51 centimètres, pesant 2700 grammes, a été enduit de sang sur toute la surface de son corps. La tête légèrement abaissée sur le sternum, les cuisses fléchies sur l'abdomen, la face tournée vers le matelas, il a été placé ainsi entre un matelas et une paillasse, et après un certain temps on a retrouvé sur la paillasse une tache régulière, à contours largement dessinés, de forme ovale, rétrécie sur son milieu, offrant 39 centimètres de long sur 21 de large dans ses plus grandes dimensions, présentant inférieurement deux petites têtes arrondies, séparées par un espace triangulaire. La partie située au-dessous du point rétréci présente un renflement assez marqué. Cette tache se reproduit exactement sur le matelas, conservant la même forme, mais offrant des dimensions un peu moindres.

Quelque importants que soient les résultats obtenus par

ces expériences, et quelque vraisemblables que puisse paraître les données qu'elles fournissent, les experts d'Aix reconnaissent, avec une grande loyauté, que la nature réelle des taches et notamment la présence du sang, du méconium et de la matière sébacée, ne peuvent être déterminées avec certitude que par l'examen microscopique.

Le paquet qui nous a été remis par suite de la commission rogatoire de M. le juge d'instruction d'Aix, contenait une toile de paillasse à carreaux blancs et bleus et une toile de matelas à carreaux semblables, qui nous ont présenté les particularités suivantes :

1° Entre les deux ouvertures de la paillasse se voit une tache de 44 centimètres environ de longueur sur 16 de largeur. Cette tache est plus prononcée, sur la face de la toile de paillasse qui est extérieure, que sur celle qui est intérieure et touchait à la paille. Seulement, sur cette face interne, le liquide a collé des poussières qui donnent au linge une plus grande épaisseur, plus de dureté et une teinte plus grise que la couleur brun rougeâtre offerte par la face extérieure de la tache.

Du reste, cette tache est divisée en deux moitiés : l'une plus brune, plus foncée ; l'autre, plus grise, rendant la toile moins dure que la première moitié.

La face inférieure du matelas présente une tache tout à fait semblable à celle de la toile de paillasse, tant pour la grandeur que pour la couleur et la dureté, différentes dans ses deux moitiés. La face de la toile de matelas qui est tournée vers le crin a retenu au niveau de la tache des flocons de crin dont les filaments sont agglutinés par un liquide brun qui les teint, et que nous avons reconnu pour du sang.

La manière dont la toile de paillasse et celle de matelas sont tachées, montre manifestement que les taches ont été produites : celle de la paillasse de haut en bas ; celle du

matelas de bas en haut, c'est-à-dire que le liquide est venu d'un corps interposé à eux deux et a pénétré du dehors vers la paille d'une part, vers le crin d'autre part, substances qui n'ont été atteintes que lorsque la toile correspondante a été traversée par le liquide.

2° Sur la toile de paillasse, à 16 centimètres de la tache précédente, et à une égale distance de l'un des trous ménagés pour l'entrée des mains, se voient à 3 centimètres l'une de l'autre deux petites taches qui n'ont pas leurs semblables sur les parties correspondantes de la toile de matelas.

Ces deux petites taches sont longues, l'une de 15 millimètres sur 4 de large, l'autre de 10 millimètres sur 5 de large. Elles se présentent sous forme de petites croûtes, la première d'un brun rouge, l'autre d'un brun verdâtre. Ces deux petites taches ou croûtes sont sur la face libre de la toile de paillasse tournée vers le matelas, et ne traversent pas la toile, en sorte qu'on ne les voit pas sur la partie de celle-ci qui touche à la paille. Elles ont par conséquent été faites par un corps placé entre la paillasse et le matelas, mais non dans la cavité de celle-là.

3° Au bout de la toile de paillasse, sur sa face tournée vers la toile de matelas, est une tache irrégulière de la grandeur des deux mains environ ; elle est grisâtre, marbrée de brun rouge et de brun verdâtre vers les bords. Elle traverse la toile, mais elle est manifestement moins prononcée du côté de la paille que du côté opposé de la toile. Sur cette tache, et à 16 centimètres l'une de l'autre, se voient des pellicules grisâtres, minces comme de la pelure d'oignon, large de 1 à 2 centimètres, et à surface un peu brillante. Nous verrons bientôt que ces pellicules sont formées d'épiderme, que les portions brun rouge de la tache sont dues à du sang, et les portions verdâtres à du méconium. Sur la face inférieure du matelas, dans la portion correspondante à la tache de la toile de paillasse, existe aussi une tache analogue, mais plus lé-

gère et ne traversant pas la toile, dont elle ne macule que la face libre, et non celle qui touche le crin.

Sur un bout de cette légère tache se voient deux pellicules rapprochées l'une de l'autre, mais ne correspondant pas à l'une de celles qui adhèrent à la tache de la toile de matelas. La plus grande a 2 centimètres de large, l'autre 1 centimètre à peine. Nous verrons qu'elles sont formées, comme celles de la toile de paillasse, par de l'épiderme. Leur adhérence aux deux faces contiguës des toiles de paillasse et de matelas (sans que rien leur corresponde sur les portions de toile touchant la paille d'une part, le crin de l'autre) montrent suffisamment qu'elles ont été laissées par un corps interposé à ces deux objets de literie.

Enfin, à côté de la tache notée ci-contre sur la toile de matelas, se voient deux petites croûtes d'un brun rouge, brillantes à la lumière de la bougie, qu'elles réfléchissent, comme le font les taches de sang. L'une est large de 2 centimètres, l'autre de 1. Elles sont assez épaisses, roides, friables. Elles ne traversent pas la toile de matelas. Nous avons constaté qu'elles étaient formées par un peu de caillot sanguin.

Des caractères normaux de l'enduit sébacé, de l'épiderme fœtal et du méconium. — Nous étudierons successivement ces différentes matières (enduit fœtal, épiderme des nouveau-nés et méconium) dans les conditions naturelles, afin d'en déterminer les caractères histologiques exacts et d'avoir un point de comparaison certain pour apprécier la nature et l'origine des taches que l'on supposera formées par elles.

Enduit fœtal dans les conditions naturelles. — La quantité de l'enduit sébacé varie singulièrement, comme on sait, d'un fœtus à l'autre : tel enfant naît couvert d'un enduit blanchâtre, a le corps réellement blanc ou d'un blanc rosé,

à côté d'un autre qui a la peau d'un rose plus ou moins vif, sans enduit notable susceptible de masquer la couleur du tégument. Ce sont là des variétés individuelles qu'il n'est pas inutile de noter dans la question qui nous occupe, mais qu'il ne faut point rapporter à l'eau de l'amnios, comme quelques auteurs ont cru devoir le faire. Dans l'un et l'autre cas, en raclant légèrement la peau du nouveau-né avec un instrument à lame mousse, ou la frottant avec un linge sec, on recueille les mêmes substances, en plus ou moins grande quantité, selon l'état de la peau. On peut par le premier de ces moyens recueillir assez d'enduit fœtal (*smegma cutané* ou *fœtal*) pour en remplir de petits tubes et l'étudier ensuite. Accumulé ainsi en certaine quantité, il se présente avec l'aspect du saindoux; il en offre la consistance et la couleur, un peu plus jaunâtre seulement. Mais sa consistance ne varie pas de la même manière avec la température. En usant du second moyen d'enlever le smegma cutané, il faut racler ensuite le linge avec un scalpel, et délayer dans l'eau mêlée d'un peu de glycérine, ou dans ce dernier liquide pur, le produit obtenu. Dans l'un et l'autre cas, la substance obtenue se délaye difficilement dans l'eau, comme toutes les matières grasses. Elle reste obstinément adhérente aux aiguilles, et il faut l'étaler sur la lame de verre porte-objet avant d'y ajouter le liquide et de la recouvrir d'une lamelle mince.

L'examen, comme celui de toutes les matières dont il va être question dans ce mémoire, doit en être fait à un grossissement de 500 diamètres réels (1), objectifs 7 ou 6 et oculaire 2 des microscopes de Nachet.

L'enduit sébacé peut être reconnu comme entièrement

(1) Ch. Robin, *Du microscope et des injections*, etc. Paris, 1849, in-8, préface, p. LIII, et 1re partie, p. 131 et 147.

formé de deux sortes de matières visibles au microscope, savoir : 1° des cellules épithéliales principalement, et 2° des granulations graisseuses en quantité tellement minime, qu'il faut donner beaucoup d'attention à leur examen pour ne pas omettre d'en faire mention.

Les cellules épithéliales sont pavimenteuses, mais plutôt polyédriques, lorsqu'elles sont libres, qu'aplaties, si ce n'est lorsqu'elles sont pressées les unes contre les autres. Leur diamètre est de 2 à 3 centièmes de millimètre, rarement de 15 millièmes. Leurs angles sont ordinairement mousses, peu réguliers. Leurs bords n'ont pas également, sur toutes, la netteté qu'ils offrent dans beaucoup de cellules épithéliales. Elles sont transparentes, incolores, très-souvent plissées, ou marquées de très-fines lignes pâles irrégulières ou rectilignes, se joignant les unes avec les autres sous des angles variés. Ces cellules manquent complétement de noyau. Elles ne sont pas granuleuses, ou le sont à peine. Il est rare que les granulations qu'elles renferment soient graisseuses, mais il est facile de voir, à la manière dont les bulles ou des couches d'air restent adhérentes aux cellules et en gênent l'examen, puis à la difficulté avec laquelle l'eau les humecte, qu'elles sont enduites naturellement d'un liquide de nature graisseuse.

Les caractères qui précèdent sont, du reste, ceux des cellules épithéliales qui tapissent les glandes sébacées annexées aux poils, forment par leur accumulation les comédons, distendent souvent les glandes, les dilatent, et en font des kystes sébacés. Leur nature de cellules épithéliales des glandes pileuses, et point de cellules de l'épiderme, est plus facile à reconnaître lorsque, au milieu des cellules décrites plus haut, et plus ou moins irrégulières ou plissées, on en trouve qui sont vésiculiformes, globuleuses, régulières, transparentes, telles qu'on en voit fréquemment dans les

kystes sébacés, les comédons, etc. On ne peut presque pas faire une seule préparation de l'enduit fœtal sans en observer un certain nombre qui offrent ces caractères.

L'emploi des réactifs chimiques est peu utile dans l'examen de ces cellules; nous noterons seulement que l'acide acétique les pâlit, la glycérine également, et en même temps elle les gonfle un peu, en arrondit les bords et les rend plus nets.

Nous avons dit qu'on trouve dans l'enduit fœtal une petite quantité de granulations graisseuses. Elles sont fort petites, larges de 1 à 4 millièmes de millimètre, jaunes au centre, à contour foncé. Elles sont presque toutes adhérentes à la surface des cellules, mais on n'en trouve pas sur chacune d'elles.

Ces gouttes ou granulations graisseuses n'ont rien de spécial ici; elles ne sont pas non plus assez nombreuses pour qu'il soit possible de s'appuyer sur leur présence ou sur leur absence dans un cas quelconque pour en inférer quoi que ce soit sur la nature des taches.

Épiderme fœtal dans les conditions naturelles. — Les cellules de l'épiderme du fœtus sont un peu plus larges que celles du smegma cutané. Elles ont de 4 à 5 centièmes de millimètre en général; elles sont plus transparentes, très-minces, aplaties, imbriquées, plus régulièrement polygonales, souvent contiguës par leurs bords, et juxtaposées en mosaïque; aucune n'offre l'aspect vésiculiforme et la forme sphéroïdale comme certaines des précédentes. Leurs bords sont pâles, nets, leurs angles généralement bien déterminés, non arrondis. A la surface de l'épiderme, elles sont à peine granuleuses, quelquefois marquées de fines et pâles stries à leur superficie, dépourvues de noyaux et presque tout à fait sans granulations; plus profondément on en trouve quelques-unes qui offrent parfois un assez grand nombre de granulations grisâtres. On les obtient rarement

isolées, mais au contraire imbriquées en lamelles plus ou moins grandes ; là elles sont assez fortement adhérentes les unes aux autres, les lignes qui les limitent sont très-pâles, souvent difficiles à apercevoir lorsqu'on n'a pas l'habitude de les observer. Le mode d'imbrication, joint aux caractères propres à chaque cellule en particulier, donne à ces lamelles placées sous le microscope un aspect tout spécial. Souvent, sur le bord des lambeaux d'épithélium repliés en double, on aperçoit les cellules de côté ou par leurs bords au lieu de les voir de face. On constate alors très-nettement quelle est leur épaisseur et leur mode de superposition qui donne lieu à un aspect fort élégant. On remarque comment l'épaisseur des cellules va en diminuant et leur largeur en augmentant, à mesure que du côté du derme on les observe plus près de la surface libre de l'épiderme. Là elles sont très-minces et dépourvues de noyaux, tandis que du côté du derme elles en possèdent souvent. Enfin, sur les lambeaux d'épiderme un peu étendus, on trouve d'espace en espace les orifices des glandes sudoripares et ceux des follicules pileux. Ils sont facilement reconnaissables et donnent à la préparation un aspect très-caractéristique. Cela est dû à la manière dont les cellules sont disposées concentriquement autour de l'orifice. Du reste, souvent le lambeau d'épithélium étant vu de côté ou un peu écrasé, il ne présente pas d'orifice proprement dit, c'est-à-dire n'est pas percé de part en part ; mais le conduit sudoripare ou pileux se reconnaît à ce que, des cellules vues de face et polygonales qui l'avoisinent, on passe graduellement à des cellules qui semblent de plus en plus étroites, parce qu'elles sont vues d'abord un peu inclinées, puis de plus en plus de côté à mesure qu'on s'approche davantage de l'orifice. Autour de celui-ci elles sont vues directement par la tranche, de telle sorte que leurs lignes de contact, d'abord très-écartées, le sont de moins en moins, de manière à former, autour d'un centre

représenté par l'orifice, une série de lignes disposées concentriquement d'une façon fort élégante. Du reste, jamais une description seule ne pourra donner une idée parfaite de l'aspect si particulier offert par ce petit organe ; mais une fois qu'on l'a vu, on ne saurait l'oublier, et il est très-caractéristique parce que l'épiderme seul offre une disposition semblable autour des orifices glandulaires ou pileux dont il est percé.

Méconium étudié dans les conditions naturelles. — Tout le monde connaît les caractères extérieurs du méconium au moment de la naissance. Il est brun ou brun verdâtre, visqueux, ténace, adhérent aux doigts ou aux linges. Il présente ces caractères à partir du sixième mois de la vie intra-utérine et même plus tôt. Dans les premiers mois il est plus grisâtre, ce qui est dû à la présence d'une grande quantité de gaînes épithéliales des villosités de l'intestin grêle mélangées aux parties constituantes du méconium dont nous allons parler.

Le méconium offre, comme véhicule en quelque sorte, un mucus transparent tenace qui tient en suspension tous les éléments dont il va être question. Par lui-même il est peu caractéristique, parce que la plupart des matières muqueuses, quelle que soit leur origine, offrent la même transparence et le même aspect finement strié que l'on peut constater ici. Ces stries sont, du reste, importantes à étudier dans tous les mucus. Elles sont ordinairement parallèles les unes aux autres en certains points, et s'écartent de plus en plus de manière à disparaître complétement par places. Il est, du reste, difficile de donner par une description une idée nette de ces dispositions à qui ne les a pas vues. En outre, comme ces caractères disparaissent totalement ou presque totalement par la dessiccation, ils sont peu utiles pour les cas du genre de celui qui nous occupe.

Dans ce mucus se voient d'abord beaucoup de granula-

tions moléculaires grisâtres, très-petites, éparses d'une manière à peu près uniforme, et quelques granulations graisseuses, larges de 1 à 6 millièmes de millimètre environ. Avant l'emploi des réactifs elles peuvent déjà être reconnues par leur coloration jaunâtre, leur centre brillant et leur contour foncé.

On rencontre encore dans le méconium des cellules épithéliales prismatiques (cylindriques des auteurs). Elles sont peu abondantes à l'époque de l'accouchement, et il faut chez quelques sujets faire plusieurs préparations avant d'en rencontrer. Avant le sixième et surtout avant le cinquième mois de la grossesse elles abondent, au contraire, forment une grande partie du méconium et sont encore disposées en lambeaux plus ou moins grands et en gaînes, reproduisant exactement la forme des villosités de la surface desquelles elles se sont détachées.

A l'époque de la naissance, les cellules prismatiques qu'on trouve sont tantôt isolées, tantôt juxtaposées en nombre plus ou moins grand. Elles sont généralement peu régulières, à bords moins nets que ceux des cellules prises à la surface même de la muqueuse; elles sont en même temps plus granuleuses, et laissent encore voir leur noyau ovoïde. On distingue pourtant leur extrémité adhérente ou la plus étroite de l'extrémité libre un peu plus large qui était tournée vers la cavité de l'intestin. La plupart sont teintes en jaune verdâtre par la matière colorante de la bile. Il est facile de reconnaître la nature de ces cellules, lorsque déjà on a vu les cellules semblables qu'on rencontre dans la bile prise dans la vésicule du fiel.

A partir du septième mois environ de la vie intra-utérine, on rencontre dans le méconium des cristaux de cholestérine; ils n'existent généralement que trois fois sur cinq fœtus observés, mais on peut dire que leur présence est normale; tandis que dans la bile, pendant la vie extra-utérine,

on ne les rencontre que pathologiquement. Lorsqu'ils existent dans le méconium, leur présence est très-caractéristique à cause de la netteté de leurs attributs, et de plus ils sont assez nombreux pour être rencontrés facilement dans chaque préparation.

Dans le méconium, les cristaux de cholestérine sont généralement petits, relativement à ce qu'ils sont dans la plupart des régions où on les trouve pathologiquement. Leur forme de lamelles transparentes losangiques, à bords et angles très-nets, leur superposition et imbrication en nombre plus ou moins considérable, les font reconnaître au premier coup d'œil, avant même qu'il soit besoin de recourir à l'emploi des réactifs chimiques.

La partie constituante qui prédomine dans le méconium et le caractérise essentiellement, se compose de grains ou grumeaux de la matière colorante verte de la bile (*biliverdine* ou *bilifulvine*). Cette matière qui, à l'état normal, durant la vie intra-utérine, existe à l'état liquide seulement mêlée intimement, molécule à molécule, au mucus ou sérum biliaire, se trouve ici à l'état solide ou demi-solide, en petits grains insolubles ou distincts; tandis que le mucus biliaire et intestinal qui les tient en suspension reste incolore. Ils sont seulement maintenus agglutinés les uns aux autres par ce mucus, mais il est facile de les isoler.

Ces granules ou grumeaux de matière colorante sont globuleux quelquefois, ovoïdes le plus souvent, ou polyédriques à angles arrondis. On peut d'un sujet à l'autre les trouver la plupart polyédriques ou, au contraire, presque tous ovoïdes et arrondis. Ils sont remarquables par leur couleur d'un beau vert lorsqu'ils sont vus par lumière transmise sous le microscope. Quelquefois ils offrent une teinte jaunâtre ou mieux jaune verdâtre. Pour être nettement constatée, cette couleur, qui est très-caractéristique en ce que nulle autre partie du corps ne la présente, doit être examinée à la lu-

mière blanche des nuages. Vus à la lumière jaune orange de la lampe, ils prennent une teinte violacée ou grise à reflets violets qui est moins caractéristique. Le contour de ces grains ou grumeaux est net, plus pâle que le centre : celui-ci est généralement homogène, quelquefois un peu granuleux.

Le diamètre de ces grains est de 5 à 30 et même 40 millièmes; la plupart ont de 10 à 20 millièmes. Ce seul caractère suffit pour empêcher de les confondre avec quelque variété que ce soit des granules de la matière colorante verte des plantes.

L'emploi de l'acide nitrique permet de constater, sur ces grains placés sous le microscope, les changements de couleur qu'il détermine dans la matière colorante de la bile ; seulement c'est la coloration violacée qui est seule nettement reconnaissable. Cette réaction, dont l'usage est du reste inutile pour reconnaître la nature de ces corps, doit être observée à l'aide de la lumière blanche des nuages, et non avec celle de la bougie.

Chez les enfants nés depuis douze à vingt-quatre heures et ayant déjà tété, le méconium est encore tenace, mais d'un gris verdâtre. On y trouve les mêmes éléments qui, dans tout autre méconium, même les cristaux de cholestérine, seulement les granules verts de matière colorante y sont peu abondants. La couleur grisâtre est due principalement à la présence d'un grand nombre de cellules épithéliales pavimenteuses, pâles, la plupart sans noyaux, quelquefois plus foncées par suite de la présence d'un grand nombre de granulations jaunâtres. Ces cellules sont généralement étalées, quelques-unes plissées; rarement elles sont imbriquées. Leur grande analogie avec celles qu'on trouve à cet âge à la surface de l'épiderme pharyngo-œsophagien ne permet pas de douter qu'elles ne proviennent de ces organes, d'où elles ont été détachées et entraînées par les premiers mouvements de déglutition.

Examen microscopique des taches formées par l'enduit sébacé, l'épiderme fœtal et le méconium. — Nous sommes maintenant en mesure de faire l'application des données qui précèdent, et d'aborder directement et pratiquement l'étude des caractères spécifiques des taches formées par l'enduit sébacé, par l'épiderme fœtal, et par le méconium. Il nous suffira de reprendre à ce point de vue l'examen des taches qui existaient sur les tissus soumis à notre examen dans les deux affaires que nous avons précédemment rapportées. Nous prendrons spécialement pour exemple le second fait, non moins significatif et plus complet que le premier.

Examen des taches que l'on suppose formées par l'enduit sébacé et l'épiderme fœtal. — Ayant saisi avec des pinces de petits lambeaux des pellicules qui adhéraient aux toiles de la paillasse et du matelas, nous les avons laissé tremper quelques heures dans des verres de montre contenant de l'eau. Ils y sont devenus mous, plus transparents, faciles à dilacérer.

Portés sous le microscope entre deux lames de verre et examinés à un grossissement de 500 diamètres, tous se sont montrés composés de cellules épithéliales pavimenteuses, semblables à celles de l'épiderme superficiel du corps des fœtus à terme. Toutes ces cellules étaient imbriquées régulièrement; çà et là on voyait des orifices glandulaires ou des follicules pileux, reconnaissables par l'imbrication concentrique des cellules épithéliales et par les lignes qui les circonscrivent. Nous y avons même vu un petit nombre de poils du duvet qu'on trouve sur le corps des fœtus et parfaitement reconnaissables à leur forme et à leur structure propres.

Les cellules épithéliales étaient minces, aplaties, polygonales à 5 ou 6 pans, larges en moyenne de 4 à 5 centièmes de millimètre. Leurs bords sont minces, réguliers. La plupart sont peu granuleuses, ou du moins ne renferment que des

granulations moléculaires fines, grisâtres. Quelques-unes pourtant sont plus foncées par suite de la présence d'un plus grand nombre de granulations et du plus grand volume de celles-ci. Aucune cellule ne contenait de noyau.

L'acide acétique et la glycérine rendaient les cellules plus pâles, plus transparentes, sans pourtant les dissoudre, et en même temps permettaient de les dissocier plus facilement.

Nous avons, en outre, rencontré, à la surface des lambeaux d'épiderme, des granulations microscopiques de forme et d'aspect divers, que leurs caractères extérieurs et leurs réactions chimiques nous ont fait reconnaître pour des grains de poussière.

De l'examen des caractères de structure ci-dessus comparés aux caractères en tout semblables que présente l'épiderme des fœtus et des nouveau-nés, nous avons conclu que ces pellicules grisâtres étaient formées par de l'épiderme détaché de la surface du corps d'un nouveau-né, par suite de pression avec frottement entre la paillasse et le matelas, et resté adhérent à chacune des faces de ces objets de literie avec lesquelles il était en contact.

Dans l'examen des taches mêmes qui entouraient les pellicules épidermiques que nous venons de décrire, nous avons rencontré quelques cellules épithéliales un peu plus petites que celles de l'épiderme proprement dit, et se rapprochant beaucoup des caractères offerts par celles du smegma cutané. Mais leur nombre était peu considérable, et nous n'avons pu y trouver des caractères aussi probants que ceux fournis par l'épiderme qui, du reste mieux que tous les autres tissus, démontre qu'un enfant a été placé entre la paillasse et le matelas et a fourni la matière des taches qu'on observe, soit par le sang qu'il a répandu, soit par l'eau de l'amnios dont il était humecté lorsqu'il y fut placé.

Examen des taches que l'on suppose formées par du méconium.

— Après avoir enlevé avec des ciseaux une portion des parties de toile à paillasse portant des taches que l'on soupçonne être dues à la présence du méconium, nous les avons placées dans des capsules contenant de l'eau pure à la température ordinaire.

Nous avons vu peu à peu la matière de ces taches se gonfler et plus que doubler de volume en moins d'une demi-heure.

Ayant ensuite enlevé par le raclage la substance gonflée, l'ayant placée entre deux lames de verre après l'avoir étalée légèrement, nous l'avons examinée à un grossissement de 500 diamètres réels.

Nous avons reconnu alors que cette matière qui, en se gonflant, avait pris une teinte verdâtre et une certaine viscosité, se composait des éléments suivants :

Elle nous a présenté une matière muqueuse incolore, parsemée de granulations grisâtres et de quelques granulations graisseuses, telles que celles qu'on trouve dans les mucus intestinal et biliaire.

Nous y avons rencontré, en outre, quelques rares cellules d'épithélium prismatique de l'intestin, reconnaissables à leur forme, à leur longueur, qui était de 4 centièmes de millimètre, sur une largeur de 6 à 8 millièmes. Toutes étaient finement granuleuses, teintes légèrement en jaune verdâtre, mais la plupart dépourvues de noyau. Comparées à des cellules épithéliales prismatiques prises dans le méconium d'un enfant nouveau-né, elles nous ont offert des caractères identiques.

Des cristaux sous forme de lamelles très-minces, incolores, transparentes, rhomboïdales, isolées ou superposées les unes aux autres, existaient en certaine quantité dans cette matière. Indépendamment de la similitude de ces caractères avec ceux qui sont propres à la cholestérine en général, nous avons reconnu leur identité avec ceux du méco-

nium rendu en notre présence par des enfants nouveau-nés et examiné comparativement à la matière des taches.

Enfin cette matière des taches s'est présentée à nous comme composée principalement de granules de couleur verte, dont le volume variait de 5 à 30 millièmes de millimètre. Beaucoup étaient ovoïdes, mais la plupart, surtout les plus gros, étaient un peu polyédriques à angles arrondis. Leurs bords étaient nets, plus pâles que leur centre. Traités par l'acide nitrique, ils ont pris rapidement une teinte rougeâtre passant bientôt au brun violet, réaction propre à la matière colorante de la bile. Examinés comparativement au méconium d'enfants nouveau-nés, ces corps nous ont offert une identité complète de caractères avec ceux qu'on trouve abondamment dans le méconium normal, et lui donnent principalement sa couleur propre.

Ayant ainsi trouvé dans la matière de ces taches tous les corps qui entrent dans la composition du méconium normal, nous en avons conclu qu'elles étaient réellement formées par cette substance.

Nous avons trouvé, en outre, dans la matière des taches un certain nombre de filaments cylindriques, larges de 1 à 2 centièmes de millimètre, les uns incolores, les autres teints en bleu et offrant d'espace en espace de petites nodosités ou articulations. Enfin ces diverses matières étaient mélangées d'un assez grand nombre de granulations microscopiques, très-irrégulières, de volume variable, dont plusieurs se dissolvaient dans l'acide chlorhydrique étendu avec dégagement de gaz. Ayant examiné comparativement des toiles de paillasse et de matelas qui n'étaient pas tachées, en raclant légèrement leur surface mouillée, nous avons retrouvé les mêmes filaments et les mêmes grains de poussière. Les filaments étaient identiques, chacun en particulier, avec ceux dont nous venons de parler, et les granulations microscopiques irrégulières, considérées dans leur ensemble, étaient

semblables aux précédentes ; elles offraient aussi les mêmes réactions au contact de l'acide chlorhydrique étendu. Il nous a de la sorte été facile de reconnaître que ces filaments et ces granulations irrégulières, que nous n'avions pas rencontrés dans le méconium normal et qui existaient dans la matière des taches, n'étaient autres que des filaments de chanvre enlevés à la toile de matelas et de paillasse, et des grains de poussière adhérents à ces étoffes, mais invisibles avant d'être soumis à l'examen microscopique.

Si l'on résume les faits contenus dans ce chapitre, et que de nombreux exemples ont confirmés depuis mes premières recherches, on voit que le médecin légiste peut être appelé, dans les poursuites judiciaires relatives au crime d'infanticide, à rechercher la nature et l'origine de taches particulières existant sur des objets de literie ou d'habillement, et que l'on a lieu de supposer produites par le contact plus ou moins prolongé du corps d'un enfant nouveau-né. Ces taches ont en général une forme et un aspect extérieur assez tranchés, mais qui ne permettent pas de les caractériser d'une manière suffisante. L'analyse chimique est le plus souvent impuissante à en démontrer avec certitude la nature, et ne conduit ordinairement qu'à des probabilités fondées sur des réactions qui sont communes à la plupart des matières animales. Le microscope, au contraire, fournit pour ces diverses espèces de taches des caractères distinctifs constants, faciles à obtenir en toutes circonstances, sur des quantités même minimes et que l'on peut aisément contrôler par la comparaison des éléments normaux de même nature recueillis sur le corps de l'enfant nouveau-né.

CHAPITRE VII

DE L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE, DES RAPPORTS ET CONSULTATIONS EN MATIÈRE D'INFANTICIDE.

J'ai terminé cette longue étude; je demande la permission de la résumer dans ce qu'elle a d'essentiellement pratique en rappelant les préceptes qui doivent guider le médecin dans les diverses phases de l'expertise médico-légale, et en citant un certain nombre d'exemples choisis, de rapports et de consultations sur des cas intéressants d'infanticide qui auront de plus l'avantage de servir de preuves à l'appui des principes qui ont été développés dans ce travail.

Le premier devoir pour l'expert, est de ne fonder ses conclusions que sur des constatations positives et sur un examen complet tant du cadavre du nouveau-né que de la femme à laquelle on impute la naissance et la mort de l'enfant. Il sera bien fort dans ce cas pour venir devant le jury, soutenir son opinion, contre les sophismes ou les arguties de la défense.

Celle-ci ne sort pas, en général, du cercle des arguments que j'ai déjà exposés et qu'il est facile à l'expert de prévoir et de réfuter. Tantôt elle met en avant l'excessive délicatesse du nouveau-né qui semble le vouer à la mort au moment même où il entre dans la vie. J'ai vu un avocat sortir des plis de sa robe le crâne d'un enfant et faire remarquer la transparence et la ténuité des os en s'écriant qu'une tête si peu solide devait être bien facile à écraser ! Tantôt c'est sur les dangers sans nombre du travail de l'accouchement qu'on rejette la mort du nouveau-né, comme si, au contraire, il n'y avait pas là un fait physiologique qui, dans l'immense majorité des cas et malgré la douleur qui en est une loi,

s'accomplit sans péril ,ni pour la femme, ni pour l'enfant. Enfin, dans d'autre cas, on s'en prend à l'ignorance de la mère, à son trouble, à l'oppression de ses forces, à l'égarement de sa raison. J'espère avoir donné au médecin les moyens de faire justice de ces hypothèses si souvent gratuites.

Pour conclure, je dirai à l'expert qui est appelé à discuter devant la cour d'assises et à soutenir les conclusions qu'il a formulées : ne vous laissez pas entraîner hors de la question même qui s'agite dans le débat ; ne vous arrêtez pas aux abstractions, aux théories générales qu'on vous oppose ; ramenez la discussion au fait particulier actuellement soumis au jury, et puisez dans le fait même les preuves péremptoires que l'examen anatomique vous aura fournies.

C'est de l'enfant dont vous avez fait l'autopsie qu'il faut parler. Vous constatez qu'il est né vivant, c'est un premier point. Vous établissez pour chaque cas particulier la nature des violences qui ont causé la mort. Que vous reste-t-il à faire? A distinguer avec toute la rigueur possible les signes de la mort violente, des causes de mort naturelle ou accidentelle qu'un procédé banal de la défense cherche à faire prévaloir.

Ce n'est pas à vous qu'il appartient de juger. Vous ne devez jamais apporter dans une expertise ce mauvais sentiment qui vous pousse à faire de l'accusation votre propre affaire. Vous devez rester indifférent au verdict qui, même quand il est le plus opposé aux données de la science, ne saurait vous atteindre, car il n'émane que de la conscience des jurés, et se fonde plus encore sur des considérations morales que sur des preuves matérielles, les seules qu'il appartienne au médecin légiste d'apporter à la justice.

Il ne me reste qu'à montrer pour ainsi dire l'expert à l'œuvre, en réunissant à la fin de cette étude médico-légale sur l'infanticide, un choix de rapports et de consultations em-

pruntés à ma longue pratique. Je les grouperai d'après le genre de mort, dans l'ordre que j'ai précédemment suivi.

Infanticide par suffocation.

Observ. I. — *Infanticide par suffocation. Occlusion des voies aériennes.*

Je donnerai cette première observation dans tous ses détails, afin qu'on prenne une idée aussi complète que possible de la manière dont se présentent les faits d'infanticide.

L'accusée est une fille de vingt-sept ans, qui déclare se nommer Marie-Anastasie, née dans le département de la Marne.

Voici les faits qui résultent de l'instruction : — P. était domestique à Arzillières ; dans les premiers jours de mars 1854, elle quitta Arzillières dans un état de grossesse très-avancée, mais elle n'en avait fait part à personne : loin de là, lorsqu'on la questionnait sur l'épaisseur de sa taille, elle cherchait à détourner ces soupçons, et tantôt répondait d'une manière évasive, tantôt affirmait qu'elle n'était pas enceinte.

D'Arzillières, la fille P. vint à Paris et, presque aussitôt son arrivée, elle entra comme domestique chez les époux Mercier, marchands plumassiers, rue Saint-Sauveur, 5, pour remplacer momentanément leur propre domestique absente. Dès les premiers jours, la dame Mercier crut s'apercevoir que la fille P. était enceinte ; elle fit part de ses conjectures à son mari, mais, par un sentiment de délicatesse louable, elle n'osa pas déclarer ses soupçons à celle qui en était l'objet, dans la crainte de l'humilier s'ils n'étaient pas fondés.

Cependant, le 24 mars, la fille P., souffrante d'un rhume, était restée dans son lit ; la dame Mercier voulut la faire expliquer nettement sur sa position. Elle lui demanda, à plusieurs reprises, si elle était enceinte, et cette fille nia avec persévérance ; la dame Mercier insista pour triompher de ce qu'elle considérait avec raison comme un mensonge ; elle lui tint le langage le plus bienveillant, le plus propre à la rassurer ; elle lui fit connaître qu'il y avait à Paris des établissements où elle serait reçue pour faire ses couches, où on lui faciliterait le moyen d'élever son enfant.

L'inculpée persista dans ses dénégations, et la dame Mercier, à laquelle ce silence donnait des inquiétudes, lui fit clairement entendre qu'elle soupçonnait qu'elle pouvait avoir de mauvais desseins sur son enfant, et que la loi était très-sévère pour ces sortes de crimes.

Plus tard, dans la même journée, la dame Mercier interpella de nouveau la fille P.; elle lui annonça que son mari et elle, convaincus de son état de grossesse, étaient décidés à la faire visiter par un médecin : enfin elle fit appel à ses sentiments religieux, et lui demanda de jurer sur ce Christ qu'elle n'était pas enceinte.

Après avoir cherché à nier, l'inculpée finit par avouer qu'elle se croyait enceinte, mais elle fit remonter sa grossesse tantôt à six mois, tantôt à huit mois, ajoutant, lorsque sa maîtresse lui offrait de la faire conduire dans une maison d'accouchement, qu'elle était loin encore de l'époque de sa délivrance.

Ceci se passait dans la journée du 24 mars.

Le lendemain matin, à six heures et demie, le sieur Mercier entrait dans la chambre de sa domestique qui, à une question sur sa santé, se contentait de répondre que ça n'allait pas, sans entrer dans aucun autre détail.

A huit heures moins un quart, la dame Mercier, étonnée de n'avoir pas vu encore paraître la fille P., entrait à son tour dans sa chambre, et celle-ci lui déclara qu'elle avait fait une fausse couche; qu'au milieu de la nuit, de quatre à cinq heures, elle avait éprouvé de vives coliques ; qu'à six heures du matin elle avait cru avoir besoin d'aller à la garderobe; qu'en se plaçant sur le vase de nuit son enfant était venu, qu'il était tombé dans le vase, avait poussé un petit cri, fait deux soupirs et qu'il était mort aussitôt ; quelques instants après, elle varia dans ces détails et dit que l'enfant était tombé, non dans le vase, mais par terre.

Les sieur et dame Mercier envoyèrent de suite chercher leur médecin, le sieur Lebreton; il arriva aussitôt, l'enfant était mort, mais son cadavre était encore chaud; il n'existait aucune trace de lésions ou de violences extérieures, mais il trouva l'enfant empaqueté dans un jupon qui le recouvrait de toutes parts. Il lui parut bien constitué, né à terme et parfaitement viable, et il attribua sa mort soit au défaut de soins, soit à une pensée coupable par suite de laquelle il aurait été enveloppé de façon à ne pouvoir respirer.

J'ai été chargé, le 27 mars 1854, de procéder à l'autopsie de l'enfant nouveau-né issu de la fille P. et j'ai fait les constatations suivantes :

Enfant du sexe féminin, forte et vigoureuse, 2 kil.,750, 52 centimètres de long, point épiphysaire très-développé, cordon non coupé, déchiré, non lié, pas de putréfaction.

Tête et cou, ainsi que la partie supérieure de la poitrine d'une couleur violacée très-foncée; pas d'excoriation apparente sur le visage et le cou.

A la surface du péricrâne, on trouve un très-grand nombre de

petits épanchements très-limités de sang coagulé, distincts de la bosse sanguine syncipitale ; os intacts.

Organes thoraciques surnageant.

Poumons gorgés de sang ; mais sur la surface d'un rouge foncé on distingue une multitude de petites ecchymoses ponctuées, disséminées sous la plèvre, d'une couleur noirâtre, et qui donnent aux deux poumons un aspect granitique.

Larynx et trachée contenant une certaine quantité d'écume sanguinolente.

Cœur offrant aussi à sa surface des ecchymoses sous-péricardiques vers la base et à l'origine des gros vaisseaux. Il contient du sang tout à fait fluide.

Viscères abdominaux à l'état normal.

Estomac distendu par une grande quantité de mucosités teintes de sang.

1° Enfant né à terme, viable et très-vigoureusement constitué;

2° Cet enfant a vécu et respiré ;

3° La mort est le résultat d'une asphyxie par suffocation, produite par un obstacle violemment apporté à l'action de l'air dans les voies aériennes :

4° Il n'existe pas de lésion apparente à l'extérieur ; mais les altérations des organes respiratoires ne peuvent laisser des doutes sur la cause de la mort, qui ne peut être attribuée ni aux difficultés naturelles de l'accouchement, ni à un état de faiblesse congénital de l'enfant.

Observ. II. — *Infanticide par suffocation. Discussion médico-légale.*

J'ai été chargé, au mois d'octobre 1849, de concert avec mon honorable confrère, M. le docteur Gaide, en vertu d'une commission rogatoire de M. le juge d'instruction de Nogent-sur-Seine, de résoudre plusieurs questions relatives à une grave affaire d'infanticide. « Il s'agissait d'émettre notre avis sur les rapports des docteurs C. » et P., en les rapprochant des données de l'instruction com- » mencée contre la fille B., inculpée d'infanticide. Dire si la dé- » claration de l'inculpée paraît concorder avec les observations » faites sur le cadavre de l'enfant, ou si la mort n'est pas due au » défaut de soins apportés à l'enfant, ou à un acte coupable fait » directement, comme l'apposition de la main ou de tout corps » étranger sur la bouche de l'enfant. » Après avoir prêté serment entre les mains de M. le juge d'instruction, nous avons reçu communication des pièces suivantes : 1° deux interrogatoires subis par l'inculpée ; 2° la déposition de la sage-femme ; 3° le rapport de l'offi-

cier de santé Poupelier, et 4° le rapport du docteur Chertier et du docteur Poupelier.

Afin d'apporter, dans la solution des questions qui nous sont posées, toute l'exactitude et toute la rigueur possibles, nous commencerons par exposer succinctement les faits matériels qui résultent de l'examen auquel se sont livrés les premiers experts, ainsi que les allégations contenues dans les interrogatoires de l'accusée. Nous discuterons ensuite les conclusions du rapport de MM. Chertier et Poupelier, et nous terminerons par l'énoncé de notre propre opinion.

Exposé des faits. — Malgré certaines omissions importantes que nous devrons signaler, l'autopsie cadavérique de l'enfant né de la fillle B. a établi d'une manière positive les faits suivants :

L'enfant paraît être né à terme; bien que le poids ne soit pas indiqué, les dimensions et le diamètre de la tête montrent que le volume du corps était plutôt au-dessous qu'au-dessus de la moyenne ordinaire.

La coloration d'un blanc mat suffirait, s'il n'en existait d'autre preuve, pour exclure l'idée de la mort du fœtus longtemps avant la délivrance et du séjour du cadavre dans le sein de la mère.

Il existait sur différentes parties du corps, au front, à la peau, sur les bras, des excoriations légères ou des ecchymoses toutes situées du côté gauche, et qui ne paraissent avoir présenté aucune gravité.

L'état des organes respiratoires doit, au contraire, fixer notre attention d'une manière toute spéciale. En effet, à l'extérieur, les lèvres sont brunâtres, violacées, la langue fait saillie entre les mâchoires, la peau du cou est, dit-on, intacte; mais rien n'indique que le tissu cellulaire et les muscles sous-jacents, que l'épaississement des lèvres, l'intérieur de la bouche, et même le fond de la gorge aient été examinés dans le but d'y rechercher ces ecchymoses, ces traces de violences qu'il est si fréquent de rencontrer dans ces parties, lorsqu'une main criminelle a été portée sur un nouveau-né. Quoi qu'il en soit, les poumons décrits avec beaucoup de soin sont distendus par l'air; ils offrent une coloration générale rosée; mais, chose très-importante à noter, « *ils présentent quelques petites marbrures irrégulières d'un rouge plus foncé* ». Ils sont d'ailleurs congestionnés, et une sérosité spumeuse sanguinolente s'écoule de leur tissu divisé. Ce n'est pas tout : « La membrane interne du » larynx, de la trachée et des bronches est injectée, et l'on trouve » dans ces conduits *de la sérosité spumeuse, abondante surtout dans* » *les petites bronches* ».

Le cœur ne contient pas de sang coagulé.

Du côté de la tête, on constate les signes d'une congestion assez

considérable qui va jusqu'à produire une exhalation sanguine à la surface du cerveau.

L'estomac n'a pas été ouvert; et il est à regretter que l'on n'ait pu reconnaître, la déglutition s'étant opérée, quelles matières auraient été ainsi portées dans l'estomac, ce qui eût permis de mesurer en quelque sorte l'énergie et la durée de la vie du nouveau-né.

Quant aux déclarations de la fille B., elles tendraient à établir que la délivrance qui s'est opérée sans trop de douleurs a eu lieu pendant que l'inculpée était accroupie; que l'enfant a mis de dix à quinze minutes à sortir tout à fait. Les pieds ayant passé d'abord, la tête a mis sept ou huit minutes à se dégager, et a été immédiatement suivie du délire. Cette fille ajoute que le corps du nouveau-né était tout froid, qu'il n'a ni bougé ni poussé un seul cri, et qu'elle a vu tout de suite qu'il était bien mort et ne respirait pas.

Tels sont les faits et allégations d'après lesquels doit se former notre conviction, et qui ont dû servir de base aux conclusions des premiers experts, sur lesquelles nous sommes appelés à donner notre avis.

Discussion du rapport des premiers experts et des faits précédemment exposés. — Les trois premières conclusions qui établissent que l'enfant issu de la fille B. est né à terme, qu'il a vécu et respiré, sont parfaitement en rapport avec les constatations nécroscopiques, et découlent rigoureusement de la conformation et de l'apparence du corps, ainsi que de la structure des poumons, et des expériences auxquelles ces organes ont été soumis.

Sur la quatrième conclusion, nous ne saurions partager l'avis de MM. Chertier et Poupelier, et nous avons besoin d'entrer dans quelques développements. Ces honorables médecins pensent « *qu'il est* » *très-probable que la mort est le résultat du fait de l'accouchement* » *et non d'un infanticide* ». Et pour soutenir cette opinion, ils s'appuient non plus sur les faits matériels qui ressortent de l'autopsie, mais presque exclusivement sur les allégations de la fille B., et principalement sur le mode d'accouchement que l'inculpée a déclaré, mais dont rien absolument ne saurait faire admettre la réalité. Ainsi, dès le principe, nous sommes obligés de faire remarquer que les premiers experts acceptent sans réserve une simple hypothèse, peut-être même une déclaration inexacte.

En effet, à quels signes peut-on reconnaître que l'enfant s'est présenté par le siége, ainsi que la mère le déclare? Sera-ce aux matières qui ont souillé le pourtour de l'anus? Mais quel qu'ait été le mode d'accouchement, le méconium peut s'échapper dès les premiers moments de la naissance; et, d'ailleurs, s'il n'est pas douteux que l'enfant ait vécu, nul ne peut dire pendant combien de temps. Sera-ce la présence du placenta adhérent encore au cordon? Cette

circonstance est encore moins probante que la première, et peut se présenter dans les conditions les plus diverses de la délivrance. Il en est de même de cette prétendue compression du cordon ombilical et du col, pendant le quart d'heure durant lequel la tête serait restée au passage ; suppositions qu'aucun fait ne confirme, qui n'ont été soumises à aucun contrôle, et qui, au contraire, paraîtraient formellement contredites par la facilité de cet accouchement que la fille B. elle-même dit s'être opéré sans trop de douleur.

Quant aux lésions qui ont dû produire la mort, l'interprétation qu'en donnent MM. Chertier et Poupelier est évidemment dominée par la manière dont ils ont admis que l'accouchement avait eu lieu. Sans s'arrêter à l'état des organes respiratoires, et se préoccupant surtout de la congestion évidemment secondaire qui existait vers la tête, ils ont cru reconnaître un état apoplectique consécutif à la suspension de la circulation placentaire ; mais c'est là, nous ne craignons pas de le dire, une nouvelle hypothèse que dément de la manière la plus évidente l'état des poumons si bien décrit dans le rapport d'autopsie.

La distension des vésicules pulmonaires par l'air atmosphérique, cette preuve physique de l'accomplissement le plus régulier et le plus complet de l'acte respiratoire, est absolument incompatible avec un état apoplectique et une suspension de la circulation placentaire portée assez loin pour déterminer la mort. Cela est si vrai que MM. Chertier et Poupelier ont été frappés les premiers de certaines contradictions singulières ; et il n'est pas inutile de citer à ce sujet les remarques qui terminent leur consciencieux rapport. « Toutefois, disent-ils, si ces faits peuvent rendre compte de la mort, ils » ne sont pas complets. La respiration, dans ces cas d'apoplexie » des nouveau-nés, n'a souvent pas lieu ou est incomplète. Dans » l'espèce, elle a été complète ; nous ne nous rendons pas bien » compte de l'intégrité des poumons, de l'absence du sang dans les » cavités du cœur. Aussi avons-nous cru devoir formuler notre » quatrième conclusion sous forme de probabilité. »

En résumé, on voit que, à part la déclaration de l'inculpée, cette dernière conclusion, en attribuant la mort du fœtus au fait de l'accouchement, ne repose sur aucune autre preuve suffisante.

Il nous sera facile de montrer que la seconde partie de cette même conclusion, qui exclut toute idée d'infanticide, est complétement en désaccord avec les faits matériels résultant de l'autopsie, et les allégations contradictoires de la fille B.

Si nous nous reportons, en effet, à ces déclarations, nous devons, avant tout, faire remarquer qu'il est tout à fait impossible d'admettre que le corps du nouveau-né ait été tout à fait froid ; fût-il mort pendant le travail, la chaleur eût persisté après la délivrance.

Il est également de toute impossibilité que l'enfant n'ait ni bougé ni poussé un seul cri; les poumons ont été complétement pénétrés par l'air, la respiration a eu lieu, et pour le nouveau-né le premier mouvement vital, la première inspiration est un cri.

Ajoutons que les contusions et les ecchymoses observées sur le côté gauche de la tête et des membres, et que l'on attribue à la position du corps sur le chaume, sembleraient, d'ailleurs, indiquer que la vie n'était pas éteinte au moment où le nouveau-né a été transporté dans le champ où il a été trouvé inhumé.

Mais outre la preuve de la vie et de la respiration accomplie, on trouve dans l'état des poumons et des voies aériennes des signes qui jettent une vive lumière sur la cause de la mort.

A la saillie de la langue, à la coloration des lèvres, à la congestion du tissu pulmonaire, à la présence d'une écume abondante dans le larynx, la trachée et jusque dans les plus petites divisions des bronches, enfin, et surtout à ces petites taches irrégulières d'un rouge foncé disséminées à la surface des poumons, à ces signes constants, joints à la liquidité du sang, on ne saurait méconnaître les lésions caractéristiques de l'asphyxie par obstacle à l'entrée de l'air dans les organes respiratoires. La congestion cérébrale signalée dans le procès-verbal d'autopsie est un effet secondaire du trouble profond et de la gêne apportée dans la respiration. Dans tous les cas, ces lésions sont tout à fait indépendantes du mode suivant lequel la délivrance s'est opérée.

Conclusions. — De l'exposé des faits et de la discussion qui précède nous concluons que :

1° L'enfant issu de la fille B. est né viable à une époque probablement très-voisine du terme naturel de la grossesse;

2° Cet enfant a vécu et respiré; la vie s'est prolongée assez longtemps pour que la respiration ait eu lieu largement et à plusieurs reprises ;

3° Les déclarations de l'inculpée ne concordent en aucune façon avec les observations faites sur le cadavre de l'enfant;

4° La mort du nouveau-né n'est pas le fait de l'accouchement ni même du défaut de soins;

5° Elle est le résultat de l'asphyxie par obstacle apporté à l'entrée de l'air dans les voies aériennes ou par étouffement;

6° Il est impossible de déterminer d'une manière précise, en raison de l'omission de certains détails non consignés dans le rapport d'autopsie, si l'acte coupable qui a déterminé la mort a consisté dans l'apposition de la main ou d'un corps étranger quelconque sur la bouche de l'enfant, ou dans une pression violente exercée directement sur les parois de la poitrine.

OBSERV. III. — *Mort accidentelle par suffocation. Compression des parois de la poitrine et du ventre.*

Le 28 novembre 1855, j'ai pratiqué l'autopsie de l'enfant de la fille D..., âgé de deux mois, laissé seul par sa mère, couché près de sa petite sœur, âgée de dix-huit mois. La mère, après une absence de trois heures, dit avoir retrouvé les deux enfants dans la nuit, l'aînée couchée sur la plus jeune.

Cadavre d'un enfant de deux mois très-vigoureusement constitué. Il n'existe à l'extérieur du corps que quelques petites excoriations au front et à la tempe du côté gauche. Cette dernière paraît avoir été faite par le frottement de la tête contre le mur. Les autres ont l'aspect et la forme de coups d'ongle. Dans le flanc gauche, on voit une petite cicatrice croûteuse plus amincie que les trous qui viennent d'être indiqués, et qui paraît résulter d'une piqûre. On remarque aussi en travers du ventre et de la poitrine une sorte de dépression assez large, et qui a laissé une empreinte sur les téguments.

La tête n'offre aucune lésion ; les os sont intacts : le nez et la bouche ne sont pas aplatis. Il n'existe non plus au bras aucune marque de violence.

Les deux poumons sont le siége d'altérations caractéristiques : ils sont volumineux. Congestionnés dans quelques parties, pâles, au contraire, dans d'autres : mais, sur les unes et sur les autres, il existe un assez grand nombre de taches ecchymotiques, noirâtres, reconnues sous la plèvre. Les vésicules sont en outre déchirées dans une grande étendue ; le cœur ne renferme que du sang tout à fait liquide.

L'estomac est absolument vide et rétracté.

Ce jeune enfant est mort étouffé par une pression violente et continue exercée sur les parois de la poitrine et du ventre.

Les excoriations n'ont en aucune façon contribué à la mort ; celle-ci a eu lieu au moins plusieurs heures après que l'enfant a été allaité pour la dernière fois.

OBSERV. IV. — *Infanticide par suffocation. Pression exercée sur les parois de la poitrine et du ventre.*

La fille Anne T..., âgée de vingt-quatre ans, est accouchée dans une étable dans la nuit du 14 au 15 février 1855, et d'après ses propres indications, que nous n'obtenons qu'à grand'peine, elle reconnaît avoir eu sa dernière époque menstruelle au mois de mai dernier, date qui correspondait effectivement au terme naturel de la grossesse. Les suites de couches ont été très-régulières. Pressée par nous de s'expliquer sur la manière dont s'est opérée sa délivrance,

la fille T. entre dans des explications embarrassées et contradictoires qui révèlent néanmoins une astuce et une intelligence que n'aurait pu faire soupçonner la physionomie stupide de cette fille. Il est absolument impossible d'obtenir d'elle une réponse précise sur le point de savoir dans quelle position elle est accouchée. Elle dit tantôt qu'elle était debout, tantôt accroupie ou agenouillée; mais si cette circonstance est obscure, elle n'a qu'un intérêt très-secondaire. Ce qui est plus important, c'est l'explication que donne la fille T. des conditions dans lesquelles l'enfant s'est trouvé. Elle soutient que dans les ténèbres où elle était elle n'a pas vu son enfant, que celui-ci n'a pas crié, et qu'étant tombée près de lui après la délivrance, elle a, en se relevant, posé le pied sur ce petit corps. Nous la faisons préciser davantage, et elle ajoute que s'étant aperçue du fait, elle a immédiatement retiré le pied sans l'avoir appuyé beaucoup. Mais l'enfant ne donnant, à ce qu'elle prétend, aucun signe de vie, elle l'enveloppa dans un linge et le porta dans un coin de l'écurie où elle le coucha derrière un tonneau.

Ces dernières circonstances, sur lesquelles nous avons insisté à dessein parce qu'elles se rapportent directement à la cause de la mort de l'enfant, sont tout à fait en opposition avec les constatations qui résultent de l'autopsie cadavérique.

Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né du sexe masculin, long de 51 centimètres, et présentant le développement régulier d'un enfant né à terme, notamment un point osseux bien formé dans l'épaisseur des cartilages fémoraux. Ce cadavre a été gravement mutilé par un chien qui a enlevé toutes les parties molles du dos, du cou et de la région temporale du côté gauche. La surface de cette large plaie, qui pénètre jusqu'aux os, est dans toute son étendue blafarde, et ne présente pas d'infiltration de sang coagulé.

La tête offre un aplatissement considérable dans son diamètre transversal, et l'on remarque dans les muscles temporaux et sous le cuir chevelu du côté droit un épanchement de sang coagulé. Si l'on n'en constate pas la présence du côté opposé du crâne dans le point correspondant, cela peut tenir à la destruction des parties dans lesquelles le sang se serait infiltré; les os ne sont pas fracturés.

Les organes thoraciques extraits de la poitrine en totalité et plongés dans un vase rempli d'eau surnagent; leurs poumons, qui sont volumineux, pénétrés par l'air dans toutes leurs parties, offrent une couleur rosée sur laquelle tranchent à la surface, et principalement vers les bords, une innombrable quantité d'ecchymoses ponctuées dont quelques-unes sont réunies en plaques, et qui toutes résultent d'extravasations sanguines disséminées sous la plèvre. Une véritable exsudation de sang recouvre le bord postérieur du poumon gauche. Les poumons, du reste, isolés, et par fragments,

plongés dans l'eau, surnagent invariablement. Le cœur est volumineux et distendu par du sang liquide.

Bien que les parois abdominales n'offrent à l'extérieur aucune apparence de contusion, on trouve dans les cavités du ventre un épanchement très-abondant de sang coagulé qui recouvre tous les viscères, et qui résulte manifestement de l'exhalation sanguine qui s'est faite à la surface du péritoine, sous l'influence d'une forte pression. Les organes abdominaux ne sont le siége d'aucune déchirure. L'estomac contient une assez grande quantité de liquide spumeux, mélange de salive et d'eau.

En résumé, cette fille est accouchée d'un enfant né à terme viable et bien conformé.

Cet enfant a vécu et respiré, et a certainement dû faire entendre des cris.

La mort est le résultat d'une asphyxie par suffocation, et d'un obstacle violent et prolongé apporté à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires.

La suffocation a été produite par une pression exercée à l'aide d'un corps à surface large, et placé sur le ventre, la poitrine et la tête.

La profondeur et l'étendue des lésions constatées dans les organes thoraciques et abdominaux, en attestant l'énergique résistance que le nouveau-né a opposée à ces violences, démontrent qu'elles ne résultent pas d'un simple accident, et d'une pression passagère du pied posé par mégarde sur le corps, mais, au contraire, d'un effort puissant et soutenu qu'atteste également la déformation de la tête.

Cette fille a fini par avouer, dans le cours de l'instruction, qu'elle avait tué son enfant en l'étouffant sous le poids d'un tonneau vide.

Observ. V. — *Infanticide par suffocation. Enfouissement du corps vivant dans la cendre.*

J'ai pratiqué à la Morgue, le 16 janvier 1854, l'autopsie d'un enfant nouveau-né du sexe féminin, trouvé dans un fossé sur le territoire de la commune d'Ivry.

Enfant très-fort, 2 kilogrammes 900 grammes, à terme.

Tout le corps est enduit de cendre. Les narines et les lèvres en sont obstruées, la bouche remplie. On trouve la poussière dans toute la longueur de l'œsophage, et jusque dans l'estomac, où des parcelles de cendre sont mêlées à des mucosités grasses.

Du côté des voies aériennes, la cendre n'a pas pénétré au delà de l'épiglotte. Il n'en existe ni dans le larynx ni dans la trachée où l'on trouve seulement de l'écume sanguinolente.

Les poumons ont été distendus par l'air, la respiration a été com-

plète. Ils sont volumineux, de couleur rosée médiocrement foncée. Toute leur surface est sillonnée par des plaques emphysémateuses, et tachetées par de nombreuses ecchymoses ponctuées, disséminées sous la plèvre. Le rupture simultanée des vésicules pulmonaires et des vaisseaux superficiels donne un aspect tout particulier aux poumons. Le cœur est volumineux, et ne contient que du sang liquide. Sous le cuir chevelu, on voit un grand nombre d'épanchements circonscrits de sang coagulé. Il n'existe d'ailleurs aucune trace de violence à l'extérieur. Le cordon ombilical n'a pas été coupé, mais rompu et non lié.

Observ. VI. — *Infanticide par suffocation. Enfouissement du corps vivant dans du son.*

J'ai pratiqué, le 25 octobre 1854, l'autopsie de l'enfant de la fille Bazin, trouvé dans un tonneau rempli de son.

Enfant très-fort, mâle, 2 kilogrammes 950 grammes 53 centigr., point osseux très-développé; cordon non coupé, rompu, et non lié à 35 centimètres de son insertion abdominale. Tout le corps est couvert d'une poussière assez fine qui paraît être du son.

Téguments et os du crâne intacts. On trouve seulement sous le cuir chevelu de nombreuses extravasations de sang coagulé, très-circonscrites, et qui ne résultent pas du travail de l'accouchement.

Les narines et la bouche sont remplies par la poussière, qui ne pénètre pas dans les voies digestives au delà de l'isthme du gosier; lèvres aplaties, sans excoriations.

Organes thoraciques surnageant en totalité. Poumons très-volumineux, d'une couleur marbrée. Leur surface présente à la fois de nombreuses ampoules d'emphysème et des ecchymoses sous-pleurales disséminées et assez profondes, surnageant soit en totalité, soit par fragments comprimés sous l'eau. La trachée contient une petite quantité de liquide sanguinolent non spumeux, et quelques petits grains de poussière semblables à celle qui enduit le corps.

Le cœur est tout à fait vide.

Les viscères abdominaux sont à l'état normal.

L'estomac ne contient que quelques mucosités teintes de sang.

1° Le cadavre que nous avons examiné est celui d'un enfant nouveau-né, né à terme, violet et très-vigoureusement constitué.

2° A vécu et respiré.

3° La mort est le résultat de la suffocation, et les poumons portent la trace des efforts énergiques qu'ils ont faits pour vaincre l'obstacle apporté à l'entrée de l'air dans les voies aériennes.

4° Ces lésions ne peuvent être attribuées aux difficultés du travail de l'enfant mort.

OBSERV. VII. — *Infanticide par suffocation. Enfant enfermé dans une boîte.*

Enfant du sexe féminin, né à terme, et bien conformé. Cordon ombilical coupé, non lié; coloration générale du corps très-pâle.

Pas de trace de blessure à l'extérieur.

Tête. — Les téguments et les os du crâne sont intacts. On trouve sous le péricrâne de nombreuses ecchymoses et de petits épanchements de sang coagulé.

La face présente une conformation très-remarquable, et tout à fait caractéristique. La lèvre inférieure est renversée de haut en bas, et aplatie sur la hauteur. La membrane muqueuse qui en revêt la face interne est comme parcheminée, et porte l'empreinte d'un tissu dont quelques fragments sont même restés adhérents à la lèvre. L'extrémité de la langue est également comprimée, desséchée et couverte d'un léger duvet. Il n'y a d'ailleurs ni excoriations ni ecchymoses.

Au devant du cou est une très-légère excoriation sans importance.

Les organes thoraciques extraits en totalité et plongés dans un vase rempli d'eau surnagent. Les poumons sont très-volumineux, distendus complétement par l'air. Ils sont d'une couleur rosée assez pâle, marbrée et violacée dans quelques points seulement. A leur surface, il existe une vingtaine de petites ecchymoses disséminées sous la plèvre, et un certain nombre de vésicules pulmonaires sont rompues. Il n'y a d'ailleurs pas de congestion générale des poumons. Le cœur est volumineux, et contient une grande quantité de sang tout à fait liquide.

Viscères abdominaux à l'état normal. L'estomac contient des mucosités spumeuses et verdâtres.

Cet enfant, né à terme, a vécu et respiré.

Il a été étouffé par occlusion des voies aériennes opérée à l'aide d'un linge appliqué sur la bouche, et a succombé à l'asphyxie par suffocation.

Il n'existait aucune autre cause de mort naturelle ou accidentelle.

OBSERV. VIII.— *Meurtre par suffocation d'un enfant de quatre jours.*

J'ai eu à pratiquer, le 27 février 1855, l'autopsie d'un enfant appartenant à une femme du nom de H..., qui était accouchée à l'Hôtel-Dieu, et dont l'enfant avait été trouvé mort auprès d'elle. Cette femme avait déjà, deux ans auparavant, perdu un enfant de la même façon, à l'hôpital Sainte-Marguerite.

Le cadavre, par ses dimensions, par son développement, par son aspect extérieur et la formation complète d'un point osseux dans

l'épaisseur des cartilages fémoraux, réunissait tous les caractères d'un enfant né à terme. Il n'était pas davantage douteux que la vie extra-utérine se fût établie et entretenue régulièrement : car la dessiccation du cordon ombilical, qui n'était pas encore détaché, indiquait que cet enfant avait vécu trois ou quatre jours.

Le corps n'offrait à l'extérieur aucune trace de violence, aucune blessure apparente. On remarque seulement une déformation assez marquée du nez, dont l'extrémité est aplatie assez fortement pour qu'on ne puisse rendre aux narines leur disposition naturelle. Le cou et la poitrine ne sont notamment le siége d'aucune lésion extérieure.

Les téguments et les os du crâne sont intacts. Mais on trouve sous le cuir chevelu, dans le tissu cellulaire péricrânien, un assez grand nombre de petits épanchements de sang coagulé, disséminés à une assez grande distance les uns des autres. Il n'y a d'ailleurs pas de bosse sanguine au sommet, mais seulement une teinte rougeâtre, uniforme, qui répond à une exsudation séro-sanguinolente survenue pendant l'accouchement et en partie disparue, qui, dans tous les cas, est tout à fait distincte des ecchymoses circonscrites et récentes que nous venons d'indiquer. La face et les lèvres offrent une teinte violacée.

Les organes thoraciques extraits de la poitrine surnagent dans un vase rempli d'eau, ainsi qu'on devait s'y attendre. Les poumons, dans toute leur étendue, dans toute leur épaisseur, présentent une coloration uniforme d'un rouge lardacé, due à l'accumulation du sang dans leur trame la plus profonde. Mais en outre, à leur surface et notamment sur leur bord libre, et en avant, au niveau de la face médiastine, on voit un certain nombre de petites taches d'un rouge noirâtre, dont les dimensions varient, depuis celles d'une pointe d'aiguille jusqu'à celles d'une grosse tête d'épingle. Elles sont formées par du sang extravasé sous la plèvre. Dans quelques points, les vésicules rompues ont donné lieu à ces emphysèmes interlobulaires. — Le cœur ne contient qu'une petite quantité de sang tout à fait fluide.

Les viscères abdominaux sont sains : l'estomac ne renferme que quelques mucosités mélangées d'air; on n'y trouve pas trace de lait ou de résidu quelconque de la digestion.

En résumé, cet enfant né viable et parfaitement conformé, après avoir vécu quatre jours avec toutes les apparences de la force et de la santé, est mort étouffé par une pression considérable et assez longtemps continuée, exercée à la fois sur la poitrine et sur la face. L'état des organes respiratoires indique que l'enfant a énergiquement résisté à l'obstacle qui empêchait l'air de pénétrer dans les poumons.

Au moment où la mort a eu lieu, il y avait déjà quelque temps, plus d'une heure, que l'enfant n'avait teté ou pris aucun aliment.

Observ. IX. — *Infanticide par suffocation. État remarquable du cordon.*

Autopsie le 25 mai 1857, de l'enfant nouveau-né de la jeune P., né huit jours auparavant ; état de conservation extraordinaire à l'extérieur; quelques meurtrissures au dos et aux lèvres et dans la bouche; cordon très-long tourné autour du cou sans le serrer; desséché au point de former un ruban aplati comme du parchemin avec liseré formé par les vaisseaux vides; au milieu du cordon, une portion non desséchée est molle et en putréfaction; pas de sillons ni ecchymoses au cou; aplatissement du nez et des lèvres; excoriation à l'extrémité du nez, dessèchement des lèvres; poumons parsemés de taches sous-pleurales. — Cœur rempli de sang fluide; estomac moins sanguinolent.

1° Enfant né à terme, sexe féminin viable et bien conformé.

2° Avait respiré et fait entendre plusieurs cris.

3° Est mort étouffé par une forte pression exercée avec la main sur le nez et sur la bouche et par l'occlusion forcée des voies aériennes.

4° La disposition du cordon tourné autour du cou peut avoir été naturelle, mais n'a en aucune façon contribué à la mort qui est le résultat de la suffocation et non de la strangulation.

5° Malgré l'absence des signes extérieurs de la putréfaction et notamment de l'odeur putride, la mort de cet enfant peut remonter à huit jours, et le retard de la décomposition peut s'expliquer par les conditions dans lesquelles le cadavre a pu se trouver placé hermétiquement enveloppé à l'abri du contact de l'air et de l'humidité.

Observ. X. — *Infanticide par suffocation. Mutilation du cadavre.*

Autopsie le 13 novembre 1858, d'un enfant trouvé au dépotoir, issu de la fille P... On n'a trouvé dans le tonneau mobile que six fragments: il manque la tête et un pied. — La putréfaction est assez avancée. — Le point osseux épiphysaire est bien formé. — Le cordon rompu à 6 centimètres environ. — Le tronc n'est pas ouvert. — Les poumons et les autres viscères sont intacts. — A la surface des poumons on voit des ecchymoses sous-pleurales. — Les fragments ont été grossièrement divisés après la mort à l'aide d'un instrument mal tranchant.

En résumé, le cadavre que nous avons examiné est celui d'un enfant nouveau-né, né à terme et suivant toute apparence viable et bien conformé.

Le corps a été mutilé et divisé en plusieurs fragments, dont six seulement ont été retrouvés et parmi lesquels manquent la tête, les organes sexuels et un pied.

Malgré ces mutilations, il est facile de reconnaître que cet enfant est né vivant, qu'il a vécu et respiré.

L'impossibilité d'examiner la tête et le cou empêche de déterminer l'existence de violences qui auraient pu exister sur le crâne, le cou et la face; mais les constatations que nous faisons sur les poumons nous permettent d'affirmer que l'enfant est mort étouffé et qu'un obstacle a été apporté par violences au libre entretien de la respiration.

La section du corps a eu lieu après la mort avec un instrument peu tranchant et d'une manière qui n'indique aucune habileté opératoire, aucun dessein autre que de faciliter la disparition du cadavre.

Tête découverte le 30 novembre, dans la plaine de Montmartre.

Bien en rapport par ses dimensions, la forme de la section du cou et la décomposition avancée, avec le cadavre de l'enfant Paquelin.

Os du crâne peu fracturé, mais séparé et laissant couler la matière cérébrale; rien sur le cuir chevelu.

A la face, de chaque côté des ailes du nez, infiltrations de sang coagulé s'étendant jusque dans l'épaisseur de la lèvre supérieure. Rien à noter de l'intérieur de la bouche.

Ces traces de compression robuste confirment mes précédentes constatations et la conclusion que nous en avons tirée touchant la cause de la mort de l'enfant de la fille Paquelin, qui a succombé à la suffocation produite par l'occlusion forcée des voies respiratoires.

Observ. XI.— *Infanticide par suffocation à l'aide d'un tampon de papier dans la bouche.*

Autopsie le 3 juin 1855, à la Morgue, d'un enfant presque à terme, huit mois et demi. — Retiré d'une fosse d'aisances et de la bouche duquel on a retiré un tampon de papier.

Enfant de petite taille, du poids de 2 kilogrammes. — Putréfaction peu avancée, peut-être cinq à six jours dans la fosse. — Cordon non coupé. Placenta adhérent.— Pas de violences au cou. Excoriations cadavériques aux genoux et au devant des jambes. Bouche déformée. Lèvres distendues et déprimées.— Poumons très-volumineux ayant respiré, couleur rouge livide pâle. Très-nombreuses taches sous-pleurales caractéristiques.— Cœur, beaucoup de sang fluide. Dans l'estomac sang décomposé.— Rien autre.

Mort par suffocation à l'aide de l'occlusion forcée des voies aériennes.

Avait cessé de vivre lorsqu'il a été précipité dans la fosse, où il n'a dû séjourner que quelques jours seulement.

Observ. XII. — *Infanticide par suffocation et strangulation.*

Autopsie à la Morgue, le 17 janvier 1864, de l'enfant de la jeune G. trouvé le 14 janvier dans un puits.

Nouveau-né à terme, vigoureusement constitué. Enduit sébacé encore abondant à la tête et sur le corps.

Cordon coupé net à 28 centimètres de l'insertion abdominale.

Au-devant du cou et de la poitrine plusieurs ecchymoses en forme d'impressions digitales.

Poumons très-volumineux. — Nombreuses ruptures vésiculaires et ecchymoses sous-pleurales. — Cœur, sang fluide.

Estomac contenant seulement quelques mucosités, pas du tout d'eau.

Né vivant, a vécu et respiré.

Étranglé et étouffé par pression violente exercée avec la main sur le cou et sur la poitrine, ni accident ni difficultés de la délivrance ; corps jeté dans le puits privé de vie.

Observ. XIII. — *Infanticide par enfouissement dans du poussier de charbon.*

Autopsie de l'enfant de la fille F..., né à terme, du sexe féminin ; cordon lié ; poussier de charbon sur la face et dans le nez, l'œsophage et l'estomac, pas dans la trachée.

Poumons très-volumineux, rouge foncé ; taches *noires*, apoplectiques sur le bord inférieur ; emphysème, sang noir fluide ; excoriations sur les reins, gonflement et ecchymose des pieds.

Mort résultant de la suffocation opérée par l'obstruction des voies aériennes au moyen de la poussière de charbon et par une forte pression exercée sur la bouche et sur le nez.

Trace de violences indiquant les efforts faits pour assurer l'étouffement de l'enfant.

Infanticide par fracture du crâne.

Observ. XIV. — *Infanticide par fracture du crâne et suffocation.*

Autopsie le 22 décembre 1852, de l'enfant nouveau-né de la fille S., sexe féminin ; cordon non coupé, rompu à 36 centimètres ; corps souillé de boue, desséché.

Face aplatie, nez et lèvres sans déchirure ni excoriation, téguments du crâne dans toute leur étendue soulevés par un épanchement de sang coagulé énorme, toute la voûte traversée par des fractures multiples qui partent des deux pariétaux.

Poumons surnagent, très-aérés, à leur surface, et sur le cœur quelques petites ecchymoses purulentes.

Estomac, mucus spumeux.

Point d'ossification des fémurs ; sur le dos, les genoux, les cuisses, nombreuses et profondes ecchymoses.

1° Enfant nouveau-né à terme viable, bien conformé.

2° A vécu et respiré assez longtemps pour que la respiration complète et la déglutition s'opèrent.

3° Mort résultant des fractures du crâne.

4° Ces fractures sont produites par l'écrasement de la tête. Elles ne peuvent en aucune façon être rapportées soit à une chute accidentelle, soit au travail de l'accouchement.

5° De nombreuses contusions, suite de violences, existent sur le tronc et les hanches.

6° L'état du poumon, les ecchymoses que nous avons constatés à leur surface indiquent que des efforts ont été faits pour étouffer les cris de l'enfant et qu'un commencement d'asphyxie a eu lieu.

Observ. XV. — *Infanticide par fracture du crâne.*

Autopsie à Bondy, le 9 avril 1849, du cadavre d'un enfant nouveau-né du sexe féminin, bien constitué ; cordon coupé à 35 centimètres par un instrument peu tranchant.

Point osseux du fémur.

Tête. — Épanchement de sang considérable en partie coagulé sous les téguments du crâne ; double fracture des os du crâne siégeant près de la tempe droite jusqu'à la bosse pariétale et au sommet de la tête près de la suture sagittale ; ces deux fractures sont le résultat de violences exercées sur le crâne, elles sont linéaires et accompagnées de chevauchement des fragments osseux. L'épanchement existe en même temps à l'intérieur du crâne. A la face, nulle trace de blessure ; pas d'ecchymoses autour de la bouche et de l'orifice des narines ; pas de violences autour du cou.

Les organes thoraciques surnagent ; poumons volumineux violacés ; cœur plein de sang coagulé.

Viscères abdominaux sains, estomac renfermant du mucus verdâtre ; gros intestin plein de méconium :

1° Le cadavre que nous avons eu à examiner est celui d'un enfant nouveau-né du sexe féminin, né à terme, viable et vigoureusement constitué ;

2° Cet enfant a vécu, il a respiré ;

3° La mort est le résultat de la double fracture du crâne et de l'épanchement de sang qui l'a suivie ;

4° Ces fractures ont été produites par des violences directes, et non par le travail naturel d'un accouchement difficile.

Observ. XVI. — *Infanticide par fracture du crâne.*

Autopsie, le 4 octobre 1854, de l'enfant nouveau-nélissu de la fille

D..., sexe masculin, 4 kilogramme 60 grammes 41 centigrammes; pas de point osseux dans les fémurs; cordon arraché au niveau de l'insertion abdominale, adhérent au placenta qui est sain et long de 52 centimètres.

Tête envahie par une putréfaction qui contraste avec la conservation du reste du corps, circonstance qui tient aux lésions profondes dont elle est le siége et à l'infiltration du sang dans les tissus. En effet, d'une part la face est aplatie et comme écrasée; lèvres, yeux, nez déformés par des excoriations et des contusions profondes; os du crâne fracturés en tous sens par une forte pression; épanchement de sang en poche sur le crâne; pas de trace de ponction de piqûres ou de lésion directe des téguments du crâne.

Organes thoraciques, extraits en totalité de la poitrine, surnagent; les deux poumons, quoique incomplétement distendus par l'air, en contiennent cependant assez pour surnager, soit en entier, soit par portion et après avoir été comprimés sous l'eau; le cœur contient un peu de sang liquide.

Viscères abdominaux sains; estomac vide.

1° Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né parvenu au septième mois de la vie intra-utérine et qui, quoique né avant terme, est peut-être considéré comme n'étant pas viable.

2° Cet enfant a vécu et respiré.

3° La mort est le résultat de l'écrasement de la tête et des violences exercées directement sur le crâne.

Observ. XVII. — *Infanticide par fracture du crâne.*

Autopsie, à la Morgue, le 9 mars, de l'enfant nouveau-né de la fille F...

Né à terme; vigoureux : 3 kilogrammes. Cordon arraché au niveau de son insertion abdominale; non lié.

A la face, au front, au nez, à la lèvre, six très-larges ecchymoses avec parcheminement de la peau; infiltration de sang coagulé dans toute l'épaisseur de la lèvre supérieure. Tête broyée: sang et substance cérébrale épanchés dans une vaste poche formée par le cuir chevelu. L'os du crâne emboîte ces fragments nombreux à droite et à gauche.

Abcès au cou.

Signes de respiration évidente; poumons très-pâles avec quelques taches ecchymotiques sous-pleurales, ponctuées. Cœur vide ou à peu près. Rien dans l'estomac que des mucosités.

Tué par broiement de la tête; fracture ne résultant pas d'une chute accidentelle, ainsi que le prouvent l'étendue des désordres, la profondeur des lésions et leur siége à la face et des deux côtés du crâne. Forte pression exercée sur la tête.

Observ. XVIII. — *Infanticide. Enfouissement dans le fumier. Fracture du crâne.*

Autopsie à l'hôpital de Lourcine, le 19 juillet 1848, du cadavre d'un enfant nouveau-né, du sexe féminin, provenant de la fille V., inculpée d'infanticide.

Enfant de petites dimensions ; cordon déchiré, imparfaitement lié. Point épiphysaire à peine apparent du fémur.

Tête. — Fracture des deux pariétaux, à gauche surtout. Épanchement considérable de sang, près de 1 centimètre, coagulé et recouvrant le sommet de la tête et la région temporale gauche, avec ecchymose et excoriation à la bosse frontale de ce côté.

Ecchymoses à la poitrine, au bras gauche ; coups d'ongles sur les avant-bras

Poitrine. — La bouche renferme une certaine quantité de matière verdâtre provenant du fumier. Pas d'ecchymoses autour de la bouche ni sur les lèvres. Poumons volumineux, surnageant, parsemés à la surface de très-nombreuses ecchymoses sous-pleurales, pénétrant dans le tissu pulmonaire, sur lequel elles tranchent par leur couleur noirâtre. Pas de lésions dans le pharynx.

Cœur volumineux, contenant du sang tout à fait liquide.

Abdomen. — Viscères abdominaux sains : estomac contenant une grande quantité de fumier mêlé de salive aérée. Méconium en partie rendu au dehors.

1° Le cadavre que nous avons eu à examiner est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe féminin, né au commencement du neuvième mois de la vie intra-utérine, ayant vécu et respiré.

2° Il présente de nombreuses traces d'ecchymoses ; contusions sur les bras et sur le tronc.

3° La tête a été brisée. Les fractures multiples qui existent sur le crâne ne sont pas le résultat du travail de l'accouchement ou de la chute accidentelle du corps au moment de la délivrance, mais bien de la projection violente de la tête contre une surface dure.

4° La mort est le résultat de l'asphyxie produite par l'occlusion de la bouche et des voies aériennes, au moyen du fumier dans lequel l'enfant a été plongé.

5° La vie et la respiration ont persisté pendant assez longtemps, ainsi que l'indiquent l'état des poumons et la présence dans l'estomac de la salive aérée et du fumier que l'enfant a pu avaler.

Observ. XIX. — *Infanticide par fracture du crâne. Folie hystérique.*

Visite de la dame de K..., le 28 août 1852, et autopsie d'un enfant nouveau-né

La dame de K.. , levée, sans expression de douleur, vêtements

en désordre, chemise d'une malpropreté révoltante, jambes nues, entourées seulement d'une jarretière de cuir, pieds chaussés de pantoufles dépareillées et tombant de vétusté, attestant un singulier oubli d'elle-même, dit avoir ignoré sa grossesse et n'avoir reçu aucun avertissement de sa délivrance. Nous constatons chez elle l'existence d'un écoulement sanguin, développement de matrice, gonflement des seins, caractéristiques d'un accouchement tout récent.

Cadavre de nouveau-né du sexe féminin, très-volumineux; cordon ombilical coupé net, à 10 centimètres. Point osseux complétement formé dans les fémurs.

Déformation du crâne; aplatissement du côté gauche au-dessous de l'œil; sur les ailes du nez, sur les lèvres, des excoriations, des ecchymoses; empreintes d'ongles et de doigts. Ecchymoses sur le haut du bras gauche et sur le dos de la main.

Au-dessous du cuir chevelu, vaste épanchement de sang coagulé qui recouvre toute la surface du crâne. Fracture multiple comprenant le frontal, le pariétal et le temporal gauches, avec écrasement et enfoncement des fragments avec épanchement dans le crâne.

Organes thoraciques surnageant; poumons très-volumineux, crépitants. Pas d'ecchymoses sous-pleurales. Cœur vide et revenu sur lui-même.

Viscères abdominaux sains; estomac distendu par une grande quantité de salive avalée.

Conclusions : 1° La dame de K... est tout récemment accouchée; son état ne s'oppose pas à ce qu'elle soit transférée hors de son domicile.

2° L'enfant nouveau-né, à terme, viable, très-vigoureusement constitué.

3° A vécu et respiré; vie assez longue pour avoir pu avaler la salive.

4° La mort de cet enfant est le résultat de l'écrasement de la tête et des fractures profondes produites par les violences qui ont été exercées sur la tête. Ces lésions ne peuvent être attribuées au travail naturel de l'accouchement, non plus qu'à la chute accidentelle du corps.

Observ. XX. — *Infanticide par fracture du crâne.*

Autopsie du cadavre de l'enfant nouveau-né issu de la fille Chardon.

État extérieur. — Le cadavre que nous avons examiné est celui d'un enfant nouveau-né du sexe masculin, du poids de 1 kilogramme et demi, long de 41 centimètres. Le cordon ombilical a été, non pas coupé, mais rompu à 16 centimètres de son insertion abdominale. Les extrémités des fémurs ne contiennent pas de point osseux encore

bien formé. Au coude et au genou, on trouve des ecchymoses profondes, et les apophyses des os sont déchirées.

Tête. — Les téguments du crâne sont soulevés par du sang coagulé, qui forme une couche très-épaisse, surtout à droite. Dans ce point existe une fracture très-étendue, à fragments multiples, avec déchirure de la dure-mère et issue de la substance cérébrale, occupant tout le pariétal droit.

Poitrine. — Les organes thoraciques, extraits et plongés dans un vase plein d'eau, surnagent en totalité. Les poumons, quoique peu volumineux, sont cependant rosés et presque complétement distendus par l'air. Ils ne sont le siége d'aucune lésion.

Abdomen. — Les viscères abdominaux sont à l'état normal. L'estomac est vide.

Conclusions. — De l'examen qui précède, nous concluons que :

1° Le cadavre que nous avons examiné est celui d'un enfant nouveau-né, parvenu au huitième mois de la vie intra-utérine, viable et bien conformé.

2° Cet enfant a vécu et respiré.

3° Il a succombé à une fracture du crâne produite par un coup très-violent ou par la chute du corps d'un lieu très-élevé.

4° Cette fracture, ainsi que la lésion des membres, ne peut être attribuée, ni aux difficultés du travail, ni à quelques circonstances accidentelles de l'accouchement.

Observ. XXI. — *Infanticide par écrasement de la tête. — Enfant ayant vécu sans avoir respiré.*

En vertu d'une Commission rogatoire de Cognac (Charente-Inférieure), en date du 10 octobre 1857, j'ai rédigé la consultation suivante :

Avant d'en aborder la discussion, nous croyons utile de préciser les faits en rappelant succinctement les points principaux qui résultent des constatations faites par M. le docteur Tercinier, tant sur la femme C... que sur le cadavre de son enfant. Nous devons dire en commençant que les détails consignés dans le rapport de notre honorable confrère sont aussi complets que possible et ne laissent rien à désirer, et que ses descriptions, par leur remarquable netteté et le cachet d'exactitude qu'elles portent, faciliteront singulièrement la tâche qui nous est confiée.

Nous ne nous arrêterons pas à l'examen dont la femme C... a été l'objet, et qui a établi de la manière la plus évidente le fait de sa délivrance récente. Il n'y a à cet égard aucune difficulté, aucune contestation possible. Nous ne nous occuperons que de ce qui est relatif à l'enfant nouveau-né, issu de cette femme, et nous aurons à

rechercher : 1° dans quelles conditions d'âge et de développement cet enfant est né, 2° s'il est sorti vivant du sein de sa mère, 3° si sa mort est le résultat des causes naturelles, d'un accident ou d'un crime. Les éléments de solution de ces trois questions sont complétement et très-explicitement contenus dans le rapport de M. le docteur Tercinier, et sans avoir pu apprécier par nous-même l'état matériel du cadavre, nous pouvons néanmoins nous former une opinion très-formelle sur les différents points qu'il s'agit d'examiner.

Exposé des faits. — Le corps de l'enfant de la femme C.., retiré de la terre où il avait été enfoncé, pesait près de 2 kilogrammes et demi, et n'avait pas moins de 52 centimètres de long ; bien que l'on ne trouvât pas encore de point osseux bien formé dans les cartilages épiphysaires des fémurs, mais seulement la vascularité qui précède l'ossification. Le développement était d'ailleurs très-avancé et l'enfant avait toutes les apparences de la force. Il n'existait rien de particulier à noter à l'extérieur du corps, si ce n'est le phénomène de la putréfaction déjà très-prononcée.

Celle-ci n'avait pas épargné les organes externes. Les poumons notamment étaient le siége d'une infiltration de gaz putrides considérables qui les faisaient d'abord surnager, ainsi que la masse des viscères thoraciques. Mais lorsque, par une pression mesurée, le tissu divisé des poumons avait été débarrassé de ces gaz, il se montrait d'un rouge foncé, non pénétré par l'air et chaque fragment se précipitait rapidement au fond du vase. Les expériences docimasiques faites avec beaucoup de soin et de précision par l'honorable expert de Cognac ne peuvent laisser le moindre doute sur l'exactitude des résultats qu'il a obtenus.

La tête était le siége des lésions les plus graves et les plus caractéristiques. Au premier aspect, elle se montrait aplatie et comme écrasée, les os du crâne étaient fracturés en plusieurs endroits et en fragments multiples, dont l'un avait perforé les téguments et faisait saillie à travers le cuir chevelu. Ces fractures, de forme irrégulière, s'étendant d'un côté à l'autre du crâne et comprenant les deux pariétaux et les deux temporaux, étaient en outre accompagnées d'un épanchement de sang nettement circonscrit, c'est-à-dire coagulé sur le lieu même où il s'était extravasé, et d'une infiltration sanguine résistant à des lavages et à des frictions répétés et occupant toute l'épaisseur du cuir chevelu au niveau des fractures.

Appréciation des faits. Discussion des questions qu'ils soulèvent. — Tels sont les points essentiels qu'établissent, comme une base solide de discussions, le procès-verbal d'autopsie et les constatations si exactes et si complètes consignées dans le rapport de M. le docteur Tercinier. Nous sommes en mesure à présent d'apprécier les faits et d'en déduire la solution des questions que nous avons posées plus haut.

1° *Dans quelles conditions d'âge et de développement l'enfant issu de la femme C... est-il venu au monde?* — Cette question n'a pas pour objet de rechercher si cet enfant est né viable, la viabilité n'étant pas une condition nécessaire de l'infanticide; mais seulement d'apprécier si les conditions d'âge et de développement dans lesquelles l'enfant est né, étaient de nature à l'empêcher de vivre hors du sein de sa mère et à expliquer sa mort d'une manière naturelle; en même temps qu'elles pouvaient servir de contrôle aux affections de la femme C., touchant l'époque et les circonstances de sa grossesse. Or, les caractères anatomiques que nous avons rappelés établissent de la manière la plus positive, que si l'enfant de cette femme n'était pas parvenu tout à fait au terme extrême de la vie intra-utérine, ce que démontre l'absence de point osseux complétement formé dans les extrémités des fémurs, il est certainement né à une époque extrêmement voisine du terme; que sa taille, son poids, l'ensemble de son développement extérieur ne peuvent laisser de doute à cet égard, et qu'en outre il était dans des conditions de force qui excluent toute idée de mort survenue naturellement par débilité ou par maladie, soit dans le sein de sa mère, soit au moment de la naissance.

2° *L'enfant est-il né vivant?* — On peut dire d'une manière générale qu'un enfant est né vivant, lorsque l'on trouve dans l'état des organes la preuve anatomique, qu'une des fonctions vitales s'est exercée alors qu'il était déjà sorti du sein de sa mère. Si le plus ordinairement c'est à la fonction de la respiration nouvellement établie chez l'enfant qui vient de naître que l'on demande la preuve de la vie, il faut bien se garder de croire que ce soit là une preuve nécessaire et unique, et que demander si un enfant a vécu, ce soit rechercher s'il a respiré. Il peut arriver en effet que le nouveau-né vienne au monde dans un état tel que la respiration tarde à s'établir, et pendant un certain temps la vie ne se manifeste chez lui que par le cours non interrompu de la circulation du sang. Il peut dans cet état être tué comme il peut être rappelé à la vie; et si plus tard on a à rechercher la preuve qu'il était vivant, ce n'est plus dans les poumons, c'est dans les organes de la circulation qu'il sera possible de la retrouver.

Il n'était peut-être pas inutile de rappeler ces principes qui trouvent une application si directe et si frappante dans le cas qui nous occupe. L'état des organes respiratoires chez l'enfant de la femme C..., les expériences docimasiques auxquelles les poumons ont été soumis, démontrent péremptoirement que cet enfant n'a pas respiré. Mais, d'un autre côté, l'épanchement de sang circonscrit, c'est-à-dire coagulé, qui existait au niveau de la fracture des os du crâne, et l'infiltration de sang également coagulé, puisqu'il résistait au

lavage qui occupait le cuir chevelu, prouvent d'une manière irréfragable que ces blessures ont été faites sur l'enfant encore vivant, pendant que le sang circulant encore conservait la propriété de se coaguler en sortant des vaisseaux qui le contiennent.

Il reste donc à établir que les blessures constatées n'ont pu être faites qu'après que l'enfant était sorti du sein de sa mère, pour qu'il demeure constant que, bien que n'ayant pas respiré, il est né vivant; j'ajoute que les faits de ce genre, quoique rares, ne sont pas cependant exceptionnels. Signalés d'abord par Ollivier (d'Angers) qui en a fait l'objet d'une étude spéciale, il s'en est déjà offert à moi un certain nombre d'exemples ; et tous offrent avec les caractères observés sur l'enfant de la femme C... la plus complète analogie.

3° *Quelles sont les causes de la mort de cet enfant?* La cause directe évidente de la mort du nouveau-né, est l'écrasement de la tête et les fractures multiples des os du crâne. Aussi la question qu'il s'agit d'examiner consiste-t-elle en réalité à se demander comment ces blessures ont été produites et si elles sont le résultat du travail de l'accouchement, d'une chute accidentelle ou de violences criminelles. Le doute n'est pas permis; car les fractures survenues dans ces diverses circonstances ont des caractères assez distincts pour n'être pas confondues, surtout dans des cas aussi tranchés que celui qui nous est soumis. Il est certain que dans quelques cas rares la tête de l'enfant, pendant le travail de l'accouchement, éprouvant au passage une pression trop forte, peut subir en un point un enfoncement ou une fracture; mais outre que ce fait ne se rencontre que chez les femmes qui accouchent pour la première fois, ou dans le cas d'une disproportion notable entre le volume de la tête de l'enfant et le diamètre du bassin de la femme, ce qui n'a pas eu lieu pour la femme C. déjà mère deux fois, et dont l'enfant, n'étant pas tout à fait à terme, n'avait pas un développement exagéré, ces fractures survenues durant le travail sont limitées au point du crâne qui répond à la saillie sacro-coxale, et ne présentent jamais ni l'étendue, ni la forme de ces fractures multiples par écrasement de la tête que l'on rencontre chez le nouveau-né issu de la femme C...

Une chute accidentelle de l'enfant au moment de la naissance, aurait moins encore produit de semblables désordres. L'expérience, en effet, a démontré que lorsqu'un enfant naît vivant, une chute sur la tête, d'une hauteur correspondant à celle des parties de la mère, et limitée par la longueur du cordon, n'entraîne pas de fractures du crâne, en raison de l'élasticité des os et des circonstances qui autorisent la chute.

Les lésions profondes constatées chez l'enfant de la femme Cornet, l'aplatissement de la tête, les fractures multiples comprenant les deux côtés du crâne, la perforation des téguments par l'un des

fragments, tout concourt à démontrer de la manière la plus positive que la tête a été écrasée par une compression très-forte, indice certain de violences criminelles.

Examen des conclusions du rapport de M. le docteur Tercinier. — Les longs développements dans lesquels nous venons d'entrer nous permettront d'être bref dans l'examen des conclusions qui terminent le rapport de notre honorable confrère de Cognac, et sur lesquelles on nous demande notre avis. D'autant plus que nous n'avons qu'à nous y rallier sans réserve en les rendant seulement plus formelles.

Comme M. le docteur Tercinier, nous admettons que : 1° *L'enfant de la femme Cornet est né viable :* nous avons dit dans quel sens et à quel point de vue il importait d'établir la viabilité. 2° *L'enfant n'a pas atteint la fin du neuvième mois de la grossesse :* nous ajouterons toutefois qu'il est né à une époque très-voisine du terme. 3° *Cet enfant n'a pas respiré :* ce que démontrent l'état des poumons et les expériences docimasiques. 4° *Cet enfant est probablement né vivant.* Nous dirons que cela n'est pas seulement probable, mais certain ; les caractères tirés de la coagulation du sang épanché au niveau de la fracture et dans l'épaisseur du cuir chevelu ayant une valeur absolue, et pouvant démontrer que l'enfant était vivant au moment où il a été frappé, d'une manière aussi assurée que la pénétration de l'air dans les poumons et l'établissement de la respiration. 5° *Tout porte à croire que les lésions observées la tête ont été produites l'enfant vivant encore de la vie intra-utérine, de la vie de circulation.* Tel est, en effet, l'état dans lequel le nouveau-né a été frappé. Sorti vivant du sein de sa mère, il a été tué avant que la respiration ait commencé à s'établir chez lui, soit qu'il fût né dans une sorte d'état asphyxique propre aux nouveau-nés, soit que les violences aient suivies immédiatement la naissance et arrêté la vie extra-utérine pour ainsi dire sur le seuil. 6° *Ces lésions rendent compte de la mort de l'enfant ;* ajoutons qu'elles en sont l'unique cause, qu'elles ne résultent ni d'une circonstance naturelle, ni d'un accident, et qu'elles sont produites par l'écrasement volontaire de la tête.

Conclusion générale. — Des faits qui précèdent, de la discussion à laquelle nous les avons soumis et de l'examen des conclusions du rapport de M. le docteur Tercinier, nous n'hésitons pas à conclure que :

1° L'enfant nouveau-né, issu de la femme C..., est né à une époque très-voisine du terme, et vigoureusement constitué.

2° Il est né vivant.

3° La mort est le résultat de l'écrasement de la tête, qui a eu lieu au moment, même où il venait de naître.

4° Les lésions de la tête sont le résultat de violences criminelles.

OBSERV. XXII. — *Meurtre d'un enfant âgé de dix-huit jours par fracture du crâne.*

En vertu d'une commission rogatoire de Cosne (Nièvre) du 10 octobre 1857, j'ai rédigé la consultation suivante :

L'enfant de la fille B... était âgé de dix-huit jours; il était fortement constitué ; les seules blessures qu'il présentât existaient à la tête. La région pariétale droite était gonflée et rouge, sans déchirure ni plaie de l'épiderme. Un épanchement considérable de sang coagulé recouvrait le sommet et les deux parties latérales ; le péricrâne était décollé et déchiré en plusieurs endroits. Les deux pariétaux, c'est-à-dire les deux côtés de la tête étaient le siége d'une double fracture de forme irrégulière. A l'intérieur du crâne, la dure-mère était déchirée et le cerveau recouvert d'une couche épaisse de sang épanché. Aucune autre blessure n'existait sur le reste du corps ; et les viscères thoraciques et abdominaux n'offraient rien à noter. Les intestins en particulier ne présentaient aucune trace d'inflammation ou de maladie quelconque.

Tels sont les faits indiqués avec beaucoup de précision dans les rapports de MM. Debaude et Ledroit.

Après les avoir examinés avec la plus sérieuse attention et nous être pénétré de la description très-nette qu'ils donnent de la fracture du crâne observée chez l'enfant de la fille B..., nous n'éprouvons aucune difficulté à répondre aux questions qui nous sont soumises en nous attachant uniquement aux caractères anatomiques très-tranchés des blessures ci-dessus décrites. Nous aborderons donc sur-le-champ l'examen de chacune des questions posées dans l'ordonnance de M. le juge d'instruction de Cosne.

PREMIÈRE QUESTION. — *Les lésions qui ont été remarquées à la tête de l'enfant sont-elles certainement antérieures à la mort?* Il ne peut y avoir le moindre doute sur cette première question. Le double épanchement constaté à l'extérieur et à l'intérieur du crâne, la coagulation du sang épanché sont des phénomènes exclusivement vitaux, qui ne peuvent se rencontrer qu'à la suite de blessures faites sur des individus vivants.

DEUXIÈME QUESTION. — *A quelle circonstance peut-on attribuer les lésions de la tête? Peut-on penser qu'elles ont été le résultat d'un crime ou le résultat d'un accident ?* — L'étendue des désordres existant à la tête, le siége, le nombre et la forme des fractures excluent de la manière la plus formelle l'idée d'une chute simple, soit que celle-ci ait eu lieu des bras de la mère, ou du haut du berceau. Non-seulement en effet, la tête de l'enfant nouveau-né (et à cet égard l'enfant âgé de dix-huit jours ne diffère pas du nouveau-né) présente une souplesse et une élasticité qui, en diminuant considérable-

ment le danger d'une chute, le préservent le plus souvent de toute fracture du crâne dans des circonstances semblables ; mais encore la fracture survenue par le fait d'une chute même aggravée par le mouvement de projection d'un berceau, n'aurait pas eu le caractère de fracture comminutive et surtout n'aurait pas intéressé à la fois les deux côtés du crâne, quand un seul devait avoir porté sur le sol. Il n'y a pas à objecter que la rougeur et le gonflement extérieurs étaient bornés aux téguments du côté droit et que le pariétal gauche a pu se briser par contre-coup ou par la propagation du choc qui a fracturé le pariétal droit. Car, d'une part, la direction de la double fracture n'était pas la même sur l'un et l'autre pariétal, et d'une autre part les fractures par contre-coup, déjà douteuses chez l'adulte, sont inadmissibles chez le nouveau-né en raison de la conformation même de la tête dont les os non soudés entre eux ne peuvent transmettre le choc qui n'atteint qu'un point de leur surface. Quant à l'absence de lésion apparente des téguments du côté gauche, il suffira de faire observer qu'il est très-commun de voir une pression très-forte exercée sur une partie, ne laisser aucune trace à l'extérieur, et que d'ailleurs sous le cuir chevelu du même côté, on trouvait une infiltration et un épanchement de sang non moins considérable que du côté droit.

Mais si tous les caractères des lésions de la tête de l'enfant de la fille B... se réunissent pour exclure l'idée d'une chute simple et d'un choc direct qui aurait porté sur l'un des côtés seulement, ils démontrent de la manière la plus péremptoire l'écrasement du crâne, c'est-à-dire une pression violente agissant à la fois sur les deux côtés de la tête et qui seule peut expliquer la fracture simultanée et multiple des deux pariétaux, la direction et la forme irrégulière de la solution de continuité, les déchirures et le décollement du péricrâne et de la dure-mère, l'étendue et l'abondance du double épanchement interne et externe.

Conclusions.— En résumé, de l'exposé des faits qui précèdent, de l'examen et de la discussion des questions qui nous sont soumises, nous n'hésitons pas à conclure que :

1° Les lésions qui ont été remarquées à la tête de l'enfant sont très-certainement antérieures à la mort.

2° Elles sont la cause unique et nécessaire de la mort.

3° Elles ne peuvent être attribuées à un accident, tel que la chute simple de l'enfant des bras de sa mère ou de son berceau, soit qu'il en soit tombé par son propre mouvement, soit qu'il en ait été précipité.

4° Ces lésions ont été produites par l'écrasement de la tête et ne permettent guère de douter qu'elles ne soient le résultat de violences criminelles.

Infanticide par strangulation.

Observ. XXIII. — *Infanticide par strangulation.*

Le 10 mai 1853, j'ai fait à la Morgue l'autopsie de l'enfant de la fille C..., accouchée le 2 mai à l'hôpital Saint-Louis.

Cette enfant, du sexe féminin, vigoureux, né à terme depuis sept jours, présente une cicatrice ombilicale parfaitement et complétement formée. Un sillon large d'un doigt et demi, et très-profond, tourne transversalement autour du cou. Les bords sont violets ; la partie inférieure de la face est très-violacée. Il n'y a pas d'ecchymose dans le tissu cellulaire sous-jacent. Le larynx et les bronches contiennent une écume rosée très-fine et très-abondante. Les poumons sont gorgés de sang ; des ecchymoses larges et nombreuses sont disséminées à leur surface ; les cavités droites sont pleines de sang fluide. L'estomac est rempli de lait récemment ingéré.

Cette enfant, née à terme, bien conformée, a vécu huit jours ; sa mort est le résultat de la strangulation opérée à l'aide d'un lien fortement serré autour du cou.

Observ. XXIV. — *Infanticide par strangulation.*

Le 28 avril 1854, j'ai procédé à l'autopsie d'un enfant nouveau-né trouvé sur la voie publique, sans lien autour du cou, à terme, viable, vigoureux, pesant $2^{kil},500$. Le cordon a été rompu et non lié.

La région temporale droite présente une infiltration de sang très-épais, coagulé, qui s'étend jusque sur le côté du cou. Des ecchymoses sous-cutanées existent en outre au front. De chaque côté du cou, au-devant de la poitrine, et sur les épaules, on remarque un grand nombre d'ecchymoses et d'excoriations. Deux très-larges répondent à la forme de l'extrémité des doigts d'un adulte de chaque côté du cou. La peau y est excoriée, et une profonde infiltration de sang coagulé s'est faite dans les muscles sous-jacents. La docimasie pulmonaire prouve d'une manière non douteuse la respiration. Les poumons volumineux, d'un rose très-pâle, sans le moindre engouement, présentent quelques ecchymoses sous-pleurales, très-petites et rares vers les bords. Quelques-unes sont pointillées et réunies en groupe, de manière à former une plaque uniforme. Le cœur est rempli de sang fluide : l'estomac contient des mucosités teintes de sang.

Cet enfant, né à terme, a vécu et respiré. La mort est le résultat de la strangulation opérée non à l'aide d'un lien, mais avec les mains, qui ont en même temps exercé des violences très-graves sur la tête et la poitrine, ainsi que de chaque côté du cou.

Observ. XXV. — *Infanticide par strangulation.*

J'ai procédé, le 16 mai 1856, à l'autopsie de l'enfant nouveau-né issu de la femme B... L'enfant, du sexe masculin, pèse 1kil,500, ne présente pas de points osseux dans les cartilages du fémur. Le corps exhale une odeur fécale. Le cordon a été rompu et non lié, à 15 centimètres de son insertion abdominale.

Sur la face, le tronc, la poitrine, le ventre, vingt longues incisions de profondeur variable, blafardes, sans infiltration sanguine, évidemment postérieures à la mort. Au cou, des excoriations en forme de coups d'ongles et des ecchymoses irrégulières sont disséminées autour du larynx. Sous le cuir chevelu, du sang coagulé forme plusieurs épanchements circonscrits; les poumons, volumineux, sont rosés, crépitants; ils sont le siége d'un emphysème superficiel presque général, sans ecchymose sous-pleurale; du sang fluide remplit le cœur. Du liquide de la fosse d'aisance a pénétré dans le larynx; l'estomac est vide.

L'enfant, né trois ou quatre semaines avant terme, est né viable et bien conformé, a vécu et respiré. Sa mort est le résultat de la strangulation. Sur le cadavre, de nombreuses et profondes incisions et des mutilations incomplètes ont été opérées par un instrument non tranchant. Le corps a été jeté dans une fosse après la mort.

Observ. XXVI. — *Infanticide par strangulation.*

Le 26 février 1857, j'ai procédé à l'autopsie de l'enfant de la fille P...

La putréfaction était assez avancée. La cicatrice ombilicale parfaitement formée; un point osseux, large de 7 millimètres, existe dans les cartilages épiphysaires du fémur. A droite et en arrière du crâne, un vaste épanchement de sang coagulé s'étend jusqu'à l'oreille et à la joue; à gauche, on voit une ecchymose semblable à l'oreille et au cou; il n'y a pas de fracture des os. Le pariétal droit est enfoncé. Au cou, on remarque un sillon large de 8 à 9 millimètres, transversal, au niveau duquel la peau est parcheminée, et les muscles infiltrés de sang. Le larynx renferme de l'écume fine et rosée. Les poumons, d'une couleur rosée, n'offrent pas de taches sous-pleurales et seulement quelques vésicules superficielles rompues. Le cœur est plein de sang en partie coagulé, l'estomac est vide.

En résumé, les violences graves à la tête et à la face résultent d'une forte pression exercée sur ces parties et faites manifestement pendant la vie. La mort a été opérée par strangulation à l'aide d'un lien fortement serré autour du cou.

Observ. XXVII. — *Infanticide par strangulation, question médico-légale importante relative au mode de strangulation.*

L'affaire que je vais rapporter a donné lieu à une question soulevée par les allégations de l'accusé principal et qui offre un très-grand intérêt dans l'histoire de la strangulation. Les termes de la commission qui nous fut donnée par M. le juge d'instruction, en font connaître l'objet et la portée : nous étions invité à nous livrer à de nouvelles investigations dans le but de constater « si l'asphyxie par » compression du col qui, ainsi qu'il appert de notre rapport d'au- » topsie en date du 13 avril 1847, a occasionné la mort de l'enfant » nouveau-né des époux D..., a pu être l'œuvre de la femme D... » *au moment où elle tirait son enfant pour hâter sa délivrance* et ce » sans intention coupable ne sachant, comme elle le dit, ce qu'elle » faisait ».

Il résulte des allégations de l'accusée « qu'au moment de son » accouchement et l'enfant étant au passage, la femme D. aurait » voulu le tirer pour hâter sa délivrance et lui aurait fait sans le sa- » voir du mal à la figure, et que la mort de l'enfant serait le résul- » tat involontaire de ces tractions faites sans intention coupable ».

Nous devons rechercher si les désordres matériels que nous avons constatés, en procédant à l'autopsie du cadavre de l'enfant des inculpés, peuvent être expliqués par les allégations de la femme D..., ou si au contraire la fausseté de ces déclarations ne ressort pas manifestement du caractère et de la nature des lésions observées.

Or, s'il n'est pas complétement impossible que dans les derniers instants du travail de l'accouchement, la femme D... ait cherché à saisir la tête de l'enfant au passage dans le but de hâter sa délivrance, et qu'elle ait ainsi, sans le vouloir, froissé ou même excorié légèrement la face de son enfant ; il est cependant difficile d'admettre que dans la position d'une femme qui accouche et dont le ventre considérablement développé gêne les mouvements, elle ait pu atteindre les parties génitales et saisir la tête de l'enfant ; qu'elle l'ait fait en outre avec assez de force pour déterminer sur le visage des excoriations dont le nombre s'élève à sept.

Mais le doute n'est plus possible, pour les lésions étendues et tout à fait caractéristiques qui existent au col. — En effet, rappelons que derrière l'angle de la mâchoire du *côté droit* nous avons constaté : « 1° deux excoriations parallèles longues de 15 millimètres, pro- » fondes, commençant en haut par une extrémité effilée se dirigeant » assez obliquement d'*arrière en avant* et de *haut en bas* et se ter- » minant par un *bourrelet* large et saillant ; 2° plus en dehors et en » haut, trois petites excoriations dont deux ont une forme demi-cir- » culaire, à *convexité supérieure* ; 3° deux autres écorchures tout à

» fait sur les côtés du col ; 4° *en avant et à gauche*, froissement con-» sidérable de la peau avec excoriations et ecchymoses. »

Ainsi non-seulement les lésions occupent circulairement tout le tour du col et sont à la fois nombreuses et très-profondes, ce que l'on ne peut comprendre dans l'hypothèse alléguée par la femme de D...; mais de plus la direction des excoriations contredit d'une manière formelle ses déclarations. L'enfant se présentant au passage la tête en bas, la trace de tractions exercées sur le col pour amener le corps hors de la vulve, devrait être dirigée du cou vers la tête, c'est-à-dire (en replaçant l'enfant dans sa position naturelle) de bas en haut. C'est précisément le contraire qui a lieu. Les excoriations commencent en haut par une extrémité effilée, et vont en s'élargissant et en creusant la peau de plus en plus de manière à former en avant et en bas un bourrelet saillant. Il est impossible de considérer cette déchirure plus profonde comme le point de départ de l'excoriation, car il était facile de voir sur le cadavre le sens dans lequel étaient refoulés les tissus, et de constater que la déchirure s'arrêtait en bas d'une manière nette et tranchée. Enfin si ces caractères manquaient, il suffirait de faire remarquer la trace parfaitement distincte des ongles, dont la convexité tournée en haut indique de la façon la plus évidente que le col a été saisi de haut en bas et non de bas en haut.

Nous ajouterons encore que l'état des poumons et de l'estomac constaté par l'autopsie, et qui nous a permis d'établir que l'enfant avait vécu et respiré assez longtemps, ne permet pas davantage d'admettre que la strangulation ait eu lieu au moment où l'enfant était au passage.

En résumé, nous concluons que les lésions qui existaient au col et qui ont occasionné la mort de l'enfant nouveau-né des époux D., ne peuvent être le résultat des manœuvres exercées par la femme au moment où elle tirait son enfant pour hâter sa délivrance.

Observ. XXVIII. — *Infanticide par strangulation et suffocation. Constatation de l'accouchement.*

En vertu d'une ordonnance de M. Brault, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, en date du 30 mars 1850, nous nous sommes transporté à la Maison d'arrêt, où nous a été présentée la fille D..., qui était debout et que nous avons pu examiner dans la salle de visite.

Cette femme est de très-haute taille et de vigoureuse constitution. Elle nous dit être accouchée environ quinze jours avant terme, le mercredi 27 courant, vers trois heures de relevée, après trois ou quatre douleurs seulement. Suivant sa version, l'enfant serait alternativement sorti et rentré, et elle aurait été obligée de le saisir par le cou.

Elle ajoute qu'il a *à peine* donné signe de vie et qu'il n'a pas poussé un seul cri. Le délivre, expulsé en même temps que l'enfant, aurait été jeté dans les latrines par la fille D...

L'examen auquel nous la soumettons nous permet de constater les faits suivants. Les parties sexuelles sont le siége d'un écoulement sanguinolent exhalant l'odeur caractéristique des lochies, et assez abondant pour avoir couvert la chemise de taches très-étendues. L'ouverture de la vulve est notablement dilatée. Les parois du ventre sont relâchées et plissées. On sent la matrice en partie revenue sur elle-même, mais encore plus volumineuse que dans l'état normal et atteignant la région sus-pubienne. Les seins sont très-volumineux, durs et fortement engorgés. Le pouls est fréquent ; le teint animé.

De l'exposé des faits qui précèdent, nous concluons que :

1° La fille D... est accouchée récemment.

2° L'accouchement ne remonte pas à plus de quatre jours.

Autopsie à la Morgue, 1er avril. Enfant du sexe féminin, 3kil,400, 51 cent. 28 à l'ombilic. Pas de putréfaction. Tête, 11 centimètres sur 9. Cordon *déchiré* à 1 centimètre et demi de l'insertion.

Nez aplati ; empreinte de pression de chaque côté du nez.

Au cou, peau très-rouge chagrinée. De chaque côté du larynx, ecchymose en forme d'ongle, 3 à gauche, 1 à droite, tournées en dedans. Infiltration sous-jacente.

Poumons surnageant, volumineux ; engouement ; taches ecchymosées ; cœur contenant du sang noir coagulé ; estomac vide, ni aliments, ni salive ; matière calcinée en petite quantité ; intestins revenus sur eux-mêmes.

1° L'enfant nouveau-né, issu de la fille D..., est né à terme, viable et parfaitement conformé.

2° Cet enfant a vécu, il a respiré complétement de manière à ce que l'air ait pénétré la totalité des poumons, et il est incontestable qu'il a dû pousser quelques cris.

3° La mort est le résultat de l'asphyxie par suffocation et strangulation opérée par l'application de la main sur l'ouverture de la bouche et des narines et par la pression des doigts sur le cou. L'état des poumons indique les efforts que l'enfant a dû faire pour vaincre les obstacles apportés au libre exercice des fonctions respiratoires.

4° La mort peut remonter à huit jours environ.

5° L'enfant a été étouffé très-peu de temps après qu'il est venu au monde ; et aucun liquide alimentaire ou autre n'a pénétré dans l'estomac par la déglutition.

6° Les traces de violence, constatées au devant du cou, ne peuvent être le résultat de manœuvres exercées par la femme en travail pour se délivrer elle-même. Leur siége et leur forme sont en opposition formelle avec cette allégation de la fille D..

Observ. XXIX. — *Infanticide par strangulation.*

Autopsie à Belleville, le 3 juillet, du cadavre de l'enfant B... Il était enveloppé dans une serviette étroitement appliquée sur le corps et fixée par plusieurs épingles. Cette circonstance, ainsi que la position à l'abri du contact de l'air, explique le peu de progrès qu'ont fait la décomposition putride et l'espèce de momification qu'il a subie. Les tissus sont en effet desséchés et offrent une couleur brunâtre. Ces organes profonds sont d'ailleurs bien conservés. Cordon rompu, non lié, à 10 centimètres, complétement desséché. Point osseux bien formé dans les cartilages.

Tête enveloppée d'un linge. Téguments et os du crâne intacts. Quelques épanchements.

Cou entouré par un linge roulé et fortement serré, passé sous les aisselles et fixé par un nœud derrière la nuque. Ce lien a laissé une profonde empreinte sur le cou qui porte les marques d'une contraction considérable.

Organes thoraciques surnageant. Poumons affaissés, non décomposés. Pas de lésion caractéristique. Cœur vide et flasque.

La fille B... se dit accouchée le 14 juin.

Ventre volumineux, un peu douloureux à la pression. Matrice non complétement revenue, se sent au niveau du pubis. Vulve avec écoulement lochial, léger, sanguinolent. Eraillures récentes. Seins siége de sécrétion laiteuse. Santé non altérée. Physionomie naturelle. Intelligence nette.

1° La fille B... porte les traces d'un accouchement récent ; 2° sans qu'il soit possible de déterminer avec certitude le jour auquel remonte l'accouchement, il paraît un peu moins éloigné que ne le déclare la fille B...; 3° l'enfant est du sexe féminin, né à terme et vigoureusement constitué ; 4° cet enfant a vécu et respiré; 5° il a été étranglé à l'aide d'un lien serré autour du cou, et sa mort est manifestement le résultat de violences criminelles.

Observ. XXX. — *Strangulation. Corps mutilé. Infanticide.*

Autopsie le 13 novembre 1858, à la Morgue, d'un cadavre extrait des latrines des halles.

Le corps est coupé en dix-neuf morceaux et est assez bien conservé; sexe masculin; cordon coupé net à 8 centimètres. Point ossseux des fémurs; les os et les chairs sont coupés net comme avec un couperet; la face est divisée en trois, de manière à laisser intacts le nez et la bouche. On reconnaît que les levres sont ecchymosées, ainsi que la langue; les os du crâne sont intacts; le cou froissé, étranglé. Les poumons surnagent; ils sont peu volumineux, peu aérés, rosés et sans ecchymoses sous-pleurales.

En résumé. — Enfant nouveau-né, sexe masculin, né à terme, viable et bien conformé; a vécu et respiré. Il a été étranglé à l'aide d'un lien fortement serré autour du cou. Le cadavre a été divisé en plus de vingt fragments, à l'aide d'un instrument tranchant et lourd, comme un couperet, manié avec beaucoup de force et par une main exercée.

Immersion dans les fosses d'aisances.

Observ. XXXI.— *Infanticide par immersion dans la fosse d'aisances.*

Autopsie à la Morgue le 26 avril 1849, avec le docteur Charpentier, du cadavre d'un enfant nouveau-né du sexe féminin, du poids de 2 kilogrammes 320 grammes, long de 50 centimètres. L'insertion du cordon ombilical se trouve à 2 centimètres au-dessous de la moitié du corps. La tête, de dimensions ordinaires, présente : diamètre bipariétal, 0,09; fronto-occipital 0,11. Le cordon, divisé à 34 centimètres de son insertion abdominale, n'a pas été régulièrement coupé, mais bien déchiré et non lié; la surface du corps est d'une couleur à peu près uniformément verdâtre; la putréfaction n'est cependant pas très-avancée. Le cadavre exhale une odeur analogue à celle des fosses d'aisances; l'extrémité inférieure du fémur présente un point d'ossification parfaitement formé.

Tête. — A la partie antérieure du front, vers la ligne médiane et au niveau de la bosse frontale du côté droit, les téguments du crâne amincis, parcheminés, offrent une coloration brune très-foncée; au-dessous de la peau on trouve, dans ces deux points, une infiltration considérable et un épanchement de sang coagulé. Le péricrâne est en partie décollé, et, un peu au-dessous de la bosse frontale droite, il existe une fracture de l'os frontal, étendue transversalement sur le segment droit de cet os, longue de 3 centimètres, présentant un soulèvement et une certaine mobilité des fragments avec un commencement d'éclat de l'os fracturé.

La dure-mère est détachée de la paroi osseuse du crâne, et le sang est épanché à la surface du cerveau. Les téguments et les os du crâne examinés, soit au sommet, soit à la partie postérieure de la tête, sont tout à fait intacts. La face n'est le siége d'aucune lésion; le nez n'est pas aplati. L'orifice des narines, le pourtour des lèvres n'offrent pas d'ecchymoses, ni de traces de contusions ou de déchirures.

Poitrine. — Le col ne présente pas non plus d'altérations résultant de violences; les organes thoraciques, détachés en masse et plongés dans un vase rempli d'eau, surnagent. Les poumons sont volumineux, d'une couleur rosée; on distingue, à leur surface, les

divisions des lobules distendus par l'air qui a pénétré abondamment dans l'intérieur des vésicules pulmonaires. Séparés du cœur et du thymus, divisés en petits fragments, fortement comprimés sous l'eau, les poumons surnagent encore. Le cœur ne contient qu'une petite quantité de sang liquide, avec quelques bulles de gaz putride.

Viscères abdominaux sains.

Estomac contenant une notable quantité d'un liquide brun très-fétide, ayant une grande analogie avec les matières liquides des fosses d'aisances dans lesquelles le cadavre a été trouvé.

Le gros intestin est distendu par une grande quantité de méconium.

Conclusions. — 1° Le cadavre que nous avons eu à examiner est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe féminin, né à terme et parfaitement conformé.

2° Cet enfant est né viable; il a vécu et respiré.

3° La mort est le résultat de la submersion dans les fosses d'aisances.

4° Il existait, à la tête, une double ecchymose et une fracture des os du crâne, paraissant résulter d'une forte pression exercée sur la tête pour lui faire franchir l'orifice des latrines. Cette double lésion ne peut résulter ni du travail de l'accouchement ni de la chute accidentelle du corps.

5° Le volume et l'état des poumons, les matières trouvées dans l'estomac où elles ont été introduites par la déglutition, montrent que la vie a dû se prolonger pendant un certain temps, ou au moins pendant cinq ou dix minutes.

6° Le séjour du cadavre dans les fosses d'aisances n'a pas dû dépasser huit ou dix jours.

Visite, à la Conciergerie, de la fille P... Forte et bien constituée; ne présente en ce moment, malgré l'émotion, aucune altération dans la santé générale. Les seins, qui sont assez peu développés, laissent suinter, lorsqu'on les presse, quelques gouttes de lait jaune et assez épais; les parois du ventre sont flasques, la ligne médiane est marquée de l'ombilic au pubis par une raie d'un brun très-foncé; la peau, qui offre une teinte brune beaucoup plus marquée que sur les parties voisines, est le siége de plis et d'éraillures nombreux et récents. En palpant et en déprimant avec force les parois abdominales dans la région hypogastrique, nous trouvons que la matrice, presque complétement revenue sur elle-même, est encore sensible cependant derrière le pubis. Les parties sexuelles n'offrent rien d'insolite, si ce n'est un écoulement peu abondant, dont l'odeur, quoique assez faible, est celle des lochies.

Conclusions. — 1° La fille P... porte les traces d'un accouche-

ment récent qui, conformément à sa déclaration, doit remonter à une quinzaine de jours.

2° Il est impossible d'admettre que cette fille ait pu ignorer sa grossesse, et que, accouchant pour la première fois, dans les circonstances alléguées par elles, elle ait pu être tellement saisie que, malgré elle et à son insu, l'enfant soit tombé dans les lieux d'aisances, sur lesquels elle aurait été assise.

Observ. XXXII. — *Enfant jeté vivant dans la fosse d'aisances. Examen de taches sur les vêtements de la mère.*

Autopsie, le 17 décembre 1857, de l'enfant issu de la fille H..., qui a été jeté vivant dans les latrines, et entendu vagissant dans le tuyau, d'où il a été retiré mort.

Enfant du sexe féminin : 3 kilogrammes 52 centigrammes. Point osseux; cordon rompu, déchiré vers le milieu de sa longueur, non lié.

Sur les bras, aux genoux et sur le dos, nombreuses excoriations avec ecchymoses sous-jacentes.

Tête, dont le plus grand diamètre est de 11 centimètres, et très-aplatie; fracture du pariétal gauche dans toute sa hauteur; épanchement de sang coagulé sous le cuir chevelu.

Organes thoraciques surnageant. Cœur, très-volumineux, rempli de sang fluide. Poumons incomplétement distendus par l'air, d'une couleur violacée, avec quelques ecchymoses sous-pleurales.

Estomac rempli de salive et de mucosités spumeuses.

1° Le cadavre que nous avons examiné est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe féminin, né à terme, viable et très-vigoureusement constitué.

2° Cet enfant a vécu et respiré.

3° Il a eu la tête écrasée à son passage à travers le tuyau de conduite des latrines où il a été précipité; et, à cette fracture, qui eût pu à elle seule causer la mort, est venue s'ajouter la suffocation purulente par le manque d'air respirable.

4° On ne peut attribuer la fracture du crâne aux difficultés du travail de l'accouchement.

5° Les traces de violences qui existent sur le corps sont dues aux frottements qu'il a subis contre les parois du tuyau.

Sur le jupon de la fille H..., deux larges taches à l'extérieur et sur le devant de la jupe; l'une près de la ceinture, l'autre vers le milieu de sa longueur, transversales et larges de 40 centimètres environ.

(Détails de l'examen conformes à la description donnée dans le chapitre précédent.)

Le jupon saisi porte les traces du contact du corps d'un enfant nouveau-né, caractérisé par des taches formées à la fois par du sang et de la matière qui compose l'enduit fœtal.

Ces taches, par leur siége à l'extérieur de la jupe, par leur forme et leur direction, attestent que le corps a été enveloppé dans le jupon relevé sur lui-même, et non saisi et soutenu avec le dedans du jupon.

Observ. XXXIII.— *Infanticide par immersion dans la fosse d'aisances. Lésions multiples.*

Autopsie à la Morgue, le 9 décembre 1862, avec le docteur Racle, d'un enfant du sexe masculin, trouvé dans les latrines de l'hôtel n° 15, rue Notre-Dame-des-Victoires : 55 centimètres, très-gros (pas de poids à cause de la mutilation). Point osseux épiphysaire ; cordon arraché à 18 centimètres et non lié. Etat parfait de conservation ; cordon frais. Naissance et mort récentes ; mutilation du bras gauche complétement coupé par un couteau mal tranchant ; os brisés. A droite, mutilations commencées. Quelques coupures au front et au menton. Cuisse gauche fracturée. Toutes lésions faites après la mort. Poumons très-volumineux, rosés ; rares ecchymoses et ruptures vésiculaires. Ecume dans la trachée. Cœur volumineux ; quelques taches sous-péricardiques. Au devant du cou, vive rougeur, teinte violacée ; deux empreintes d'ongles à gauche. Plus en arrière et vers l'oreille large et profonde ecchymose. A droite, mêmes lésions manifestes. Au devant de la poitrine dans trois travers de doigt, peau violacée, infiltration de sang. Compression énergique du thorax. Téguments et os du crâne intacts ; bosse sanguine au sommet. Présentation de la tête. Organes contenus dans l'abdomen, rien à noter. Colonne vertébrale et os du bassin brisés par flexion forcée et pression très-forte. Os brisés en plusieurs fragments. Poumons : épanchement et infiltration de sang coagulé.

1° Cadavre d'enfant né à terme, viable et vigoureusement constitué. 2° Né vivant, a vécu et respiré complétement. 3° Il a subi, immédiatement après la naissance, des violences multipliées, accomplies avec une main exercée, et qui ont produit, d'une part, l'écrasement et le broiement des reins et du bassin, de l'autre, la strangulation et la suffocation auxquelles l'enfant a succombé ; 4° il a été en outre, après sa mort, l'objet de mutilations qui avaient pour but de favoriser la disparition du cadavre. 5° Aucune des nombreuses blessures et lésions constatées ne peut être attribuée, soit aux difficultés du travail de la délivrance, soit à toute autre cause naturelle ou accidentelle.

Observ. XXXIV. — *Infanticide. Enfant jeté vivant dans la fosse d'aisances.*

Visite, le 25 janvier 1861, dans son garni, rue du Cherche-Midi, 43, de la fille T..., à quatre heures et demie, accouchée à midi. Se disant

enceinte de quatre mois, ayant eu ses règles quinze jours avant son arrivée de Lyon à Paris. Baignée de sang; matrice volumineuse, dépassant de plus d'une main au-dessus du pubis. Dit être accouchée sur les latrines que nous visitons et qui forment une auge largement ouverte (elle y est restée plus d'une heure). Elle déclare que tout est paru à la fois. Envoyée à l'hôpital.

Accouchée depuis peu d'heures, à une époque beaucoup plus avancée qu'elle ne le dit.

Autopsie le 27, à la Morgue, de l'enfant retiré de la fosse. Sexe masculin : 1 kilogramme 950 grammes, 47 centimètres; pas encore de point épiphysaire. Enduit sébacé, ongles; cordon déchiré par un visible effort, à 6 centimètres de l'abdomen. Pas de violences extérieures; rien aux lèvres ni au nez; docimasie évidente. Poumons très-volumineux, aérés, sang noir. Pas d'ecchymoses sous-pleurales. Cœur plein de sang noir. Estomac contenant, ainsi que l'œsophage, un liquide brun, épais, fétide.

Né viable à un peu plus de huit mois; vivant, a respiré complétement et assez longtemps; le corps n'a pas été expulsé en même temps que le placenta. Il n'en a été séparé que par la rupture violente du cordon, qui n'a pu céder au seul poids de l'enfant, et a été certainement déchiré par un effort direct.

Jeté vivant dans la fosse, où il est mort par le fait de la submersion.

Observ. XXXV. — *Enfant jeté dans une fosse d'aisances. Vivant et y ayant respiré plusieurs heures.*

Autopsie à la Morgue, le 6 septembre 1848, du cadavre d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, jeté dans une fosse d'aisances par la fille L... Né à terme, fort, vigoureux : 3 kilogrammes, 58 centimètres. Cordon ombilical coupé net, non lié; a vécu et respiré. Poumons violacés; pas d'ecchymoses; cœur vide. Contusions, ecchymoses au-dessus de l'œil gauche, à la pommette, derrière l'oreille du même côté. Excoriation profonde au genou droit; tête en forme conique. Chevauchement des os pariétaux. Mort par asphyxie par défaut d'air respirable. Contusions par suite de pression du corps à travers un conduit étroit. En résumé, crime d'infanticide.

Interpellé le 25 juillet par M. le juge d'instruction Desnoyers sur la question de savoir si la mère a pu croire à la mort de son enfant avant de le jeter dans la fosse, où on l'a entendu crier pendant plusieurs heures, nous répondons qu'il est très-peu probable que l'enfant soit venu au monde dans un état de mort apparente, parce que le cordon n'ayant pas été lié, l'écoulement de sang aurait dissipé l'asphyxie.

OBSERV. XXXVI. — *Enfant jeté vivant dans la fosse et retiré vivant après onze heures.*

Autopsie, le 2 août 1859, d'un enfant jeté dans la fosse, d'où il a été retiré vivant après onze heures. Il est mort une heure après. Les poumons présentent une particularité très-curieuse. De nombreux lobules sont restés à l'état fœtal et forment des plaques violacées à la surface, entre les parties aérées qui sont pâles. Cela simule des noyaux apoplectiques, mais il n'y a pas traces d'infiltration sanguine ni ecchymose sous-pleurale.

Enfant à terme; cordon rompu et non lié, à 10 centimètres de son insertion abdominale. Estomac renfermant une assez grande quantité de matières liquides de la fosse d'aisances. Enfant du sexe féminin, à terme, viable et bien conformé; a vécu et respiré. Mort par suite de son séjour prolongé dans la fosse d'aisances et de l'air vicié qu'il y a respiré. La fille L. présente les signes d'un accouchement qui ne remonte pas au delà de trois jours.

OBSERV. XXXVII. — *Infanticide, immersion dans la fosse d'aisances. — Questions médico-légales.*

J'ai reçu le 8 février 1864, de M. le juge d'instruction Henriquet, la lettre suivante :

« La fille L... est accouchée le 20 janvier dernier dans les lieux d'aisances dépendant de l'appartement des époux Montacle, chez lesquels elle servait comme domestique; il résulte des constatations faites par le commissaire de police *que la cuvette de ces lieux est à bascule, c'est-à-dire ne s'ouvre qu'au moment où l'on est assis sur le siége et que l'orifice* du conduit est assez large pour laisser passer le corps d'un fœtus et peut-être d'un enfant nouveau-né.

» Le corps de l'enfant de la fille L. n'a pourtant pas glissé jusqu'à la fosse proprement dite, il s'est arrêté dans le conduit et l'on a dû, par mon ordre, pour le faire descendre dans la fosse et l'y prendre, employer certains moyens, notamment un poids assez lourd en plomb qui, entrant dans le conduit, a pressé le cadavre et l'a fait couler.

» Dans ces circonstances, doit-on attribuer les *traces de la pression violente qui s'est étendue sur la tête jusqu'à l'orifice des voies respiratoires* à un acte volontaire exercé sur cette partie du corps de l'enfant *avant son entrée dans le conduit* de la fosse d'aisances?

» Ces traces ne résultent-elles pas plutôt de la compression nécessairement exercée sur le corps, par les parois du conduit trop étroit dans lequel ce corps est engagé?

» L'inculpée accouchant sur un siége à bascule dont l'orifice est ouvert au moment où l'enfant sort du sein de sa mère, cet enfant

peut-il être tombé dans le conduit en quelque sorte naturellement ?

» En admettant cette hypothèse, le corps ne devait-il pas être retenu par le cordon ombilical?

» Je vous serais fort reconnaissant de vouloir bien m'éclairer sur tous ces points qui, dans l'intérêt de la vérité, me paraissent avoir une certaine importance. »

La réponse que j'ai adressée aux questions qui précèdent peut se résumer ainsi :

L'enfant issu de la fille L... n'a pu tomber à travers la lunette par suite de la rupture spontanée du cordon ombilical, qui est fort et bien conformé et qui a été déchiré violemment à 8 centimètres.

Les lésions graves et profondes constatées à l'autopsie ne peuvent avoir été produites par les moyens employés pour achever de faire descendre le corps jusque dans la fosse ; le corps était sans doute alors privé de vie et il n'y eût pas eu ecchymoses; de plus, la pression n'eût eu lieu que sur le sommet du crâne et non sur la totalité de la tête.

Ces lésions résultent de la compression de la tête par les parois du tuyau de conduite où le corps de l'enfant encore vivant a été violemment engagé.

La mort ne peut être attribuée qu'à un acte volontaire et criminel.

Observ. XXXVIII. — *Infanticide par suffocation, immersion dans les fosses d'aisances.*

Autopsie à la Morgue le 26 septembre 1862, d'un nouveau-né à terme, sexe féminin, cordon arraché à 18 centimètres.

Excoriations et ecchymoses très-nombreuses et très-profondes sur les côtés du cou, de la poitrine, sur les coudes, aux genoux ; nez et lèvres très-aplatis, excoriés et ecchymosés ; poumons ayant respiré, très-emphysémateux, ecchymoses sous la plèvre et sous le péricarde.

Rien dans l'estomac.

Placenta séparé, retrouvé sain.

Enfant né vivant, mort étouffé et étranglé par des violences criminelles.

A l'occasion de ce fait, je reçus de M. le juge d'instruction de Lurcy la lettre suivante : « Je vous envoie ci-joint le procès-verbal descriptif des lieux d'aisances (affaire G.). — Je suis convaincu que cette fille est accouchée sur les dalles du cabinet, et qu'elle a précipité volontairement son enfant dans le tuyau de descente. Mais elle s'obstine à soutenir qu'étant accroupie sur la lunette, elle est accou-

chée presque sans s'en douter, et que l'enfant est tombé accidentellement; elle reconnaît cependant que l'enfant a crié.

» Veuillez donc me faire savoir si les violences constatées ont été exercées directement par une main criminelle, ou si elles auraient pu être le résultat de la seule chute par le tuyau de descente.

» Dans cette dernière hypothèse, l'enfant a-t-il été précipité volontairement, ou a-t-il pu tomber accidentellement? »

Je répondis dans les termes suivants : Si la fille a pu être surprise par les douleurs, le cordon sain n'a pu se rompre.

Lésions caractéristiques attestant par leur siége, leur nombre, leur nature, l'intervention active et directe de la main. Ce n'est ni au cou, ni sur les narines, ni sur les bras que se seraient imprimées les traces de la chute du corps dans le tuyau. Ces stigmates, rapprochés des altérations des poumons, sont un indice de strangulation et de suffocation.

Ecorchures aux parties saillantes, genoux et coudes, lorsque le corps, non tout à fait privé de vie, a été jeté dans les latrines. Mais ce sont là des lésions secondaires indépendantes de la vraie cause de mort.

1° Les violences constatées et qui ont amené la mort, ont été incontestablement exercées d'une manière directe par une main criminelle.

2° Le corps de l'enfant n'a pu tomber accidentellement dans les latrines, par suite de la rupture spontanée du cordon.

Observ. XXXIX. — *Mort par précipitation dans les latrines.*

Autopsie à la Morgue, le 24 décembre 1862, du nouveau-né issu de la fille M...

A terme; cordon rompu à 18 centimètres.

A l'extérieur, très-nombreuses ecchymoses et excoriations, principalement sur le dos et sur les membres inférieurs; avec sang coagulé, faites pendant la vie, et résultant du frottement sur une surface rude. Au niveau des chevilles, empreinte des doigts qui auraient exercé sur ce point une forte pression.

Téguments et os du crâne intacts; épanchement sous-péricrânien; rien au nez, à la bouche ni au cou. Poumons très-volumineux, distendus par l'air; très-nombreuses ecchymoses, quelques vésicules rompues. — Né à terme, viable; a vécu. Il vivait lorsqu'il a été exposé dans la cuvette des latrines; les lésions et écorchures dont son corps est couvert ont été produites par la violence avec laquelle il a été jeté, ainsi que par le frottement sur une surface rude. Mort étouffé par défaut d'air respirable, suite de son séjour dans les latrines.

Visite de la fille M... à l'Hôtel-Dieu; accouchement tout récent :

trente-six heures; matrice non revenue sur elle-même. Est accouchée une première fois, trois ans auparavant.

J'ai visité, avec M. le juge d'instruction, la cuvette des lieux d'aisances : elle formait un cône très-étroit et long, très-propice à l'étouffement.

Observ. XL. — *Infanticide par immersion dans les fosses d'aisances.*

Autopsie à la Morgue, le 20 février 1853, d'un enfant nouveau-né, issu de la fille M...

Enfant nouveau-né, du sexe féminin, né à terme, bien conformé : pas la moindre trace de violences. Putréfaction très-avancée; corps souillé de matières fécales. Cordon rompu et non coupé, à 8 ou 9 centimètres de l'insertion abdominale.

Tête non aplatie, non déformée; pas de fracture, pas de contusion.

Poumons peu distendus par l'air; bronches remplies de matières fécales. Cœur sain.

Bouche et arrière-gorge remplies de matières fécales. Estomac ne renfermant qu'une petite partie de liquide brun.

1° Né à terme, viable; bien conformé.

2° A vécu et respiré.

3° Mort asphyxié par submersion dans les fosses d'aisances.

4° Pas de traces de violences.

Observ. XLI. — *Enfant étouffé et jeté dans les fosses d'aisances. Fracture du crâne.*

Visite de la fille M... à l'hôpital Beaujon, le 12 mars 1855. Signes évidents d'accouchement récent et à terme, pouvant remonter à cinq ou six jours. Elle dit faussement qu'elle n'était enceinte que de quatre mois et demi.

Enfant nouveau-né, du sexe féminin, né à terme, viable et bien conformée; du poids de 2 kilogrammes et demi. Cordon rompu et non lié, à 19 centimètres de l'insertion abdominale. A vécu et respiré; odeur forte de fosses d'aisances. Au front, dessiccation brunâtre de la peau. Sous le cuir chevelu, nombreuses ecchymoses formées par de petits amas de sang coagulé. A l'occiput et aux deux pariétaux, fractures évidemment postérieures à la mort.

Poumons médiocrement volumineux, offrant un très-grand nombre de taches tout à fait noires, réunies en certains points par plaques, et des parties emphysémateuses. La généralité du tissu pulmonaire est rosée et peu congestionnée; la trachée et les bronches contiennent une très-grande quantité d'écume très-fine et à peine teinte en rose; le cœur est distendu par du sang fluide. L'estomac est complétement vide; la mort est le résultat de la suffocation produite

par un obstacle apporté violemment à l'entrée de l'air dans les voies aériennes.

Après avoir été étouffé, le corps a été précipité dans la fosse d'aisances, et la tête fortement pressée au point d'être brisée pour traverser l'orifice trop étroit.

Comme des lésions ne pouvant être attribuées au travail naturel ou à quelque accident de l'accouchement.

Observ. XLII. — *Immersion dans la fosse d'aisances. Fracture du crâne.*

Sur réquisition de M. Sallantin, substitut du procureur impérial près le tribunal de la Seine, en date du 26 mars 1856 :

Nous nous sommes transportés le 27 mars courant à la Morgue, où, en présence de M. le commissaire de police de la section des Iles, et, après avoir prêté serment entre ses mains, nous avons procédé à l'opération qui nous est confiée.

Le cadavre que nous avons examiné est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, du poids de 1650 grammes, présentant un point osseux bien formé dans les cartilages des fémurs; le cordon a été coupé à 5 centimètres et non lié : le corps est dans un bon état de conservation, et la putréfaction est à peine commencée; les téguments du crâne sont largement excoriés. Il existe un vaste épanchement de sang coagulé, au niveau du pariétal, du côté droit, qui présente une fracture étendue, correspondant à une fracture du côté opposé, et résultant d'une forte pression faite pendant que l'enfant vivait encore. Au devant du cou, la peau offre une teinte d'un rouge livide, qui a l'apparence d'une contusion, mais qui ne s'accompagne pas d'infiltration sanguine dans les tissus sous-jacents, et n'est autre chose qu'une sugillation cadavérique.

Les organes extraits de la poitrine, plongés dans un vase rempli d'eau, surnagent, soit en totalité, soit isolément; les poumons sont distendus par l'air, d'une couleur rosée, sans aucune lésion; l'estomac est vide. Il n'existe aucune autre trace de violences. On voit seulement quelques excoriations sur les genoux et sur la poitrine.

De l'examen qui précède nous concluons que :

1° Le cadavre que nous avons examiné est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, né à terme, viable et bien conformé; 2° cet enfant a vécu et respiré; 3° la mort est le résultat d'une fracture du crâne déterminée par une forte pression qui a aplati la tête, probablement au moment du passage à travers l'orifice étroit d'un tuyau de latrines.

1° L'accouchement de la fille R... n'a pu avoir lieu dans les conditions et avec les circonstances que celle-ci a déclarées;

2° L'état des parties sexuelles d'une femme ne permet pas de

décider, dix jours après la délivrance, si ou non elle est accouchée d'un enfant à terme; l'examen du corps du nouveau-né démontre qu'il était bien à terme;

3° La rupture du cordon ombilical indique que l'issue du fœtus et de ses annexes n'a pas eu lieu simultanément et de façon à ce que le tout soit tombé à la fois directement dans la fosse;

4° Cette rupture faite, soit au moment de la délivrance, soit après, suppose des efforts et des tractions qui ne paraissent que très-difficilement compatibles avec l'infirmité dont la fille R... est atteinte, et qui, dans tous les cas, sont inadmissibles dans les conditions où elle dit s'être trouvée placée au moment de l'accouchement.

Observ. XLIII. — *Enfant jeté vivant dans la fosse. Cordon lié. Circonstance capitale.*

Enfant jeté vivant dans une fosse d'aisances, retiré vivant, mort le soir.

Le 13 décembre 1861, visite de la mère à Lariboisière; accouchement récent, autopsie de l'enfant né à terme.

Le cordon a été coupé et lié régulièrement, mais sans doute après l'extraction de la fosse; je ne l'ai pas vu à ce moment. Circonstance capitale.

Quelques excoriations.

Poumons mi-partie à l'état fœtal et pénétrés par l'air.

Mort résultant de l'établissement incomplet de la respiration, qui a été violemment entravée par le séjour dans l'atmosphère irrespirable d'une fosse d'aisances.

Observ. XLIV. — *Immersion dans la fosse d'aisances. Fracture du crâne.*

Autopsie à la Morgue, le 11 février 1854, d'un enfant nouveau-né trouvé au dépotoir de la Villette.

Enfant du sexe féminin, née à terme, viable et bien conformée: a vécu et respiré; le cordon ombilical a été rompu, non coupé et non lié; putréfaction très-avancée, odeur de fèces.

A la surface, sur le bras gauche, sur la paroi de la poitrine, aux genoux, de nombreuses et larges ecchymoses; sang coagulé avec excoriations, résultat de frottement.

Tête écrasée, face aplatie, crâne fracturé en éclats nombreux, de dimensions variables et de forme irrégulière. Sang coagulé sous le cuir chevelu et entre les os fracturés. Docimasie complète. Poumons très-volumineux, très-pâles, très-crépitants, sans engouement à la base. Cœur contient un peu de sang coagulé; dans l'estomac, li-

quide roussâtre exhalé par la putréfaction ; pas de fèces ni autre liquide avalé.

La mort est le résultat des fractures multiples du crâne et des contusions nombreuses produites par le passage forcé du corps à travers le tuyau de conduite dans une fosse d'aisances.

Observ. XLV. — *Enfant jeté vivant dans la fosse d'aisances. Fracture du crâne.*

Autopsie, le 6 décembre 1859, de l'enfant de la fille Varet, né à terme, bien constitué ; cordon rompu non lié à 26 centimètres, pas de putréfaction, odeur fécale.

Tête fortement aplatie ; sur le front, petites excoriations sous le cuir chevelu, vaste épanchement coagulé ; double fracture des pariétaux par écrasement ; pas de violences au cou et à la bouche ; poumons surnagent, très-volumineux, engoués à la base, sans ecchymose ; sang noir et visqueux ; matière de la fosse dans l'estomac ; a vécu et respiré d'une manière complète.

Le front et l'aplatissement du crâne attestent que la tête a subi une forte pression et un véritable écrasement sans doute au passage des latrines, mais non dans le travail de l'accouchement.

L'enfant respirait encore lorsqu'il est tombé dans la fosse où il devait nécessairement succomber tant par suite de la double fracture que par le séjour dans l'atmosphère viciée de la fosse.

Observ. XLVI. — *Infanticide par strangulation. Immersion dans la fosse d'aisances.*

Autopsie, le 27 mai 1861, de l'enfant nouveau-né de la fille Montgellard.

Enfant du sexe masculin, 48 centimètres. Point osseux commençant à paraître. Cordon coupé manifestement avec un instrument tranchant, à 17 centimètres. Corps bien conservé, odeur de matières, grande quantité de ces matières dans la bouche, ne dépassant pas l'arrière-gorge. Il n'y en a ni dans l'œsophage, ni dans l'estomac, ni dans les voies aériennes.

A l'extérieur, au devant du cou, de chaque côté du larynx, de très-petites empreintes linéaires, très-peu apparentes, mais répondant à des ecchymoses situées dans le tissu sous-jacent et parfaitement caractérisées ; écume sanguinolente dans le larynx.

Poumons très-volumineux parsemés de très-nombreuses vésicules rompues, et dans leur épaisseur il existe des quantités circonscrites ; sang fluide dans le cœur, mucosités abondantes dans l'estomac.

Enfant né un peu avant terme, viable et bien conformé ; né vivant, a vécu et respiré ; étranglé avant d'être jeté dans la fosse.

Observ. XLVII. — *Immersion dans la fosse d'aisances. Fractures du crâne. Questions médico-légales.*

Autopsie de l'enfant de la fille K... le 5 mai 1859. Visite de la mère à l'Hôtel-Dieu. Tombé dans une fosse à orifice de 15 centimètres.

Enfant à terme, volumineux, cordon adhérent au placenta, aux épaules, au coude, aux genoux, larges et nombreuses excoriations avec infiltration de sang coagulé.

Tête déformée, aplatie, 13 centimètres de diamètre. Pariétaux écrasés, vaste épanchement de sang. Rien aux poumons qui ont respiré. Estomac vide.

Fille, accouchement récent, pas d'enfant avant, l'accouchement remonte au 29-30 avril.

Enfant à terme, viable, vigoureux, a vécu et respiré.

Mort par écrasement de la tête.

Les traces de violences qui existent non-seulement sur le crâne, mais sur les saillies du corps, attestent la violence qui a été nécessaire pour lui faire traverser le tuyau de conduite.

Impossible d'admettre que l'enfant ait glissé sans que la fille s'en soit aperçue.

Observ. XLVIII. — *Enfant étouffé, jeté dans les latrines. Fractures du crâne.*

Autopsie, le 22 mai 1853, de l'enfant de la fille Truss, masculin, $2^{k},750$, cordon déchiré à 16 centimètres. Odeur fétide putréfiée.

Tête couleur brun verdâtre. Nez et lèvres aplatis. Excoriations sur la peau, les coudes et les cuisses, postérieures à la mort. Os du crâne fracturés au niveau du pariétal gauche.

Poumons peu volumineux quoique pénétrés par l'air, présentant à leur surface un très-grand nombre de très-petites taches ecchymotiques.

Cœur, sang liquide.

Viscères abdominaux sains. Estomac renfermant du mucus spumeux. Gros intestin distendu par du méconium.

1° L'enfant de la fille Huss, né à une époque voisine du terme ; viable et bien conformé;

2° A vécu et respiré ;

3° Mort résultant de l'asphyxie par suffocation, et de l'obstacle apporté violemment à l'entrée de l'air dans les voies aériennes ;

4° Après que l'enfant a été étouffé, la tête a été écrasée et le corps jeté dans les fosses d'aisances. L'écrasement de la tête peut avoir eu lieu par suite du passage à travers l'orifice trop étroit des latrines. Les fractures ne sont pas le fait du travail de l'accouchement.

Observ. XLIX. — *Enfant jeté vivant dans la fosse d'aisances.*

Autopsie le 18 janvier 1850, poids 2k,550, long. 52 cent. dont 31 à l'ombilical, diamètres. 11 cent. fronto-occipit, 9 1/2 biparités. Cordon déchiré, non coupé, non lié ; pas de putréfaction ; couleur normale; odeur fécale.

1° Le cordon est celui d'un enfant nouveau-né du sexe masculin, né à terme et bien conformé ;

2° Cet enfant est né viable, il a vécu et respiré ;

3° La mort de cet enfant est le résultat de l'asphyxie par submersion dans une fosse d'aisances ;

4° L'aplatissement de la tête, les ecchymoses situées aux parties les plus saillantes du crâne, montrent qu'une pression assez forte a dû être exercée sur la tête pour lui faire franchir la lunette des lieux d'aisances, et que la chute du corps dans la fosse n'est pas accidentelle.

5° Il n'est pas moins évident, d'après l'état des poumons et du cœur et la présence des matières fécales dans l'estomac, que l'enfant a été jeté vivant dans la fosse d'aisances.

Observ. L.— *Tentative d'infanticide. Enfant jeté vivant dans un égout et retiré vivant.*

Visite le 30 mai 1855, à la Briche, de la fille Boudier et de son enfant nouveau-né qu'elle a jeté dans un égout d'où on l'a retiré vivant le 27 mai.

1° L'enfant n'est pas né tout à fait à terme, mais à 8 mois 1/2, et dans tous les cas parfaitement viable.

2° La conformation et les dimensions de l'enfant n'étaient pas de nature à rendre l'accouchement plus difficile, mais le travail d'une première délivrance ne permet pas de penser que l'enfant ait pu s'échapper du sein de sa mère sans que celle-ci pût le retenir.

3° La position assise dans laquelle la fille B... prétend avoir été saisie des douleurs de l'enfantement n'eût pas permis la délivrance et surtout la délivrance pour ainsi dire inaperçue de cette fille.

4° Le cordon ombilical a été manifestement cassé en deux endroits (près de l'ombilic et près du placenta) par suite d'une violence exercée au moment de la naissance, et ne s'est pas rompu sous le poids du corps de l'enfant.

5° Il n'existe sur le corps de l'enfant aucune trace de violences; il est très-vivant et dans un excellent état.

6° La fille B... présente, le 30 mai, les signes d'un accouchement récent qui peut remonter à trois jours et dont les suites sont régulières;

7° Elle ne porte aucune trace appréciable d'accouchements antérieurs;

8° Son état, à moins de complications ultérieures qu'il est impossible de prévoir, permet de penser qu'elle pourra être transportée à Paris dans cinq ou six jours.

Infanticide par submersion.

Observ. LI. — *Suffocation et submersion.*

Autopsie le 3 octobre 1853, d'un enfant nouveau-né issu de la fille Prat, trouvé dans le canal de l'Ourq, bien conformé, à terme. Cordon coupé à 3 centimètres, non lié, le sang a coulé sur le ventre et les cuisses; cordon desséché, mais pas de cicatrice formée. Putréfaction, couleur verdâtre générale, détachement de l'épiderme au cou. Peau des mains et des pieds blanche, ridée.

Tête volumineuse. Aplatissement du nez et des lèvres, autour des narines et de la bouche, trois petites excoriations en forme d'ongles. Côté droit du crâne et de la face parcheminés. Tégument fortement pressé. Contact assez rude pour avoir enlevé l'épiderme. Quelques plis semblent indiquer l'emploi d'un linge rude. Pas de fracture.

Organes thoraciques surnagent. Dans toute l'étendue des poumons, rupture des vésicules les plus superficielles et de petites ecchymoses disséminées à leur surface, double indice des fortes inspirations par lesquelles l'enfant nouveau-né a résisté aux obstacles qui gênaient le libre établissement des fonctions respiratoires. Trachée, un peu d'écume.

Estomac distendu par une grande quantité d'eau roussâtre sans mélange de lait ou de matières alimentaires.

Gros intestin rempli de méconium. Intestin grêle complexe revenu sur lui-même.

1° Nouveau-né, né à terme, viable, bien conformé;

2° A vécu et respiré;

3° Des tentatives violentes ont été faites pour étouffer cet enfant par l'occlusion forcée des narines et de la bouche;

4° D'après l'état de l'estomac et des poumons, il se pourrait que le corps a été jeté à l'eau vivant, que l'asphyxie fût complète et la mort fût le résultat de cette double suffocation et submersion;

5° La mort a eu lieu dans les premiers moments qui ont suivi la naissance, sans que l'enfant ait reçu aucun soin, ni aucune nourriture;

6° Le séjour du corps dans l'eau a été de sept ou huit jours environ.

Les éclaircissements demandés par M. le juge d'instruction Perrin m'ont conduit à ajouter qu'il n'y avait pas de doute sur la vie intra-utérine: qu'il n'y avait pas eu d'étouffement au passage, où l'enfant n'était resté que d'une demi-heure à trois quarts d'heure; que les lésions étaient manifestement faites pendant la vie; qu'il n'est pas certain que l'enfant respirait encore quand il a été jeté à l'eau. L'état déjà avancé de la putréfaction et la connexité des lésions ont pu, en l'absence de tous renseignements recueillis au moment de l'autopsie, nous faire considérer comme possible une double cause d'asphyxie. La seule chose positive et manifestement démontrée, c'est que l'enfant est mort par asphyxie, et que les violences ont été exercées sur le nouveau-né vivant ; qu'il peut enfin, d'après le degré de putréfaction, s'être écoulé quatre ou cinq jours entre la mort et le moment où le corps a été jeté à l'eau.

Observ. LII. — *Infanticide par suffocation. Prétendu accouchement dans le bain.*

La fille Kremer (Marguerite), inculpée d'infanticide, prétend qu'elle a mis au monde son enfant *pendant qu'elle était dans un bain.*

M. le docteur Tardieu, commis par M. le procureur impérial, le 20 juillet, pour faire l'autopsie du corps de cet enfant, est prié de s'expliquer, dans son rapport, sur la vérité de cette déclaration.

Autopsie à la Morgue, le 21 juillet, de l'enfant de la fille Kremer.

Né à terme, très-grosse tête ; cordon coupé avec des ciseaux très-net, à 6 centimètres.

Rien à l'extérieur. Corps taché de sang, n'a pas été dans l'eau.

Poumons volumineux pénétrés par l'air. Taches ecchymotiques et ruptures vésiculaires à la surface. Sang fluide dans le cœur.

Pas d'eau dans les poumons ni dans l'estomac.

Né à terme, viable, bien conformé.

Né vivant, a vécu et respiré.

Mort étouffé par un obstacle apporté à la continuation régulière de la respiration.

La mort ne peut être attribuée ni à un accident, ni aux difficultés du travail de l'accouchement, elle est certainement le résultat d'un crime.

Visite, à la Charité, le 24 juillet, de la femme, très-pâle, ayant perdu beaucoup, accouché le 18 courant; primipare. Il est absolument inexact qu'elle soit accouchée avant terme, dans le bain, d'un enfant mort, et que le cordon se soit rompu, ces diverses allégations sont formellement contredites par l'état dans lequel nous avons trouvé l'enfant.

Infanticide par blessures.

Observ. LIII. — *Infanticide par section du cou.*

Enfant nouveau-né de la fille Massy, bien conformé. Cordon *déchiré* à 30 centimètres. Plaie contuse à la paupière. Épanchement de sang dans le cuir chevelu. Enfoncement des os, front et occiput.

Au cou, quatre blessures, plaies transversales divisant tout jusqu'au rachis qui est lui-même atteint.

Poumons très-roses ayant respiré. Salive et sang dans l'estomac.

1° Cadavre féminin, né presque à terme, viable, bien conformé.

2° A vécu, respiré assez longtemps. Cris certains.

3° Mort résultant de violences criminelles : 1° section du cou opérée à l'aide d'un instrument tranchant, quatre coups très-profonds ; 2° compression très-forte sur le crâne dans le but de faire franchir un orifice étroit.

Observ. LIV. — *Enfant tué par blessures faites avec des ciseaux.*

Autopsie à la Morgue, le 16 janvier 1859, de l'enfant de la fille Carlet.

Né à 7 mois, 1k,100, rougi par le sang. Cordon coupé par le médecin qui est arrivé au premier moment, l'enfant étant mort.

Au sommet du crâne, plaie à bords un peu contus formant un M, et faite avec des ciseaux, non certainement par une chute. Sang infiltré et coagulé au-dessous et autour de la plaie. Os et cerveau intacts.

Poumons à l'état fœtal ; non respiré. Cœur contenant du sang.

L'enfant est né vivant, mais la respiration ne s'est pas établie.

Il vivait encore, mais de la vie intra-utérine, lorsqu'il a été blessé à la tête par un coup de ciseau qui a déterminé une perte de sang pouvant, vu la débilité de l'enfant né avant terme, avoir amené la mort.

Visite de la fille Carlet. Traces d'accouchement récent remontant à quatre jours. Matrice encore volumineuse, un peu douloureuse. Lochies sanguinolentes ; fièvre de lait.

Observ. LV. — *Infanticide. Enfant bouilli dans la lessive, puis coupé en morceaux et mis dans un baril de vinaigre. Questions médico-légales. Expériences docimasiques.*

Le 30 août 1865, à Mésanger, vers quatre heures et demie du matin, Jeanne Lévêque monta dans la chambre de la fille Lefeuvre, sa domestique, et demanda de lui préparer une tasse de café noir; lorsque celle-ci revint, elle vit sa maîtresse accroupie dans l'angle d'un cabinet qui dépend de cette chambre. A huit heures, Jeanne

Lévêque était couchée dans le lit de sa domestique. Il y avait du sang à terre et dans ses sabots. Elle prétendit qu'elle avait eu mal aux dents et au cœur, qu'elle avait saigné du nez et craché le sang.

Jeanne Lévêque passait depuis longtemps pour être grosse des œuvres du frère de son beau-frère, et la fille Lefeuvre ne douta pas dès lors de son accouchement. Cependant Jeanne Lévêque le nia avec énergie. Mais la visite à laquelle elle fut soumise ne permit plus aucun doute, et elle reconnut que, dans la matinée du 30 août, elle avait donné le jour à un enfant du sexe masculin. Elle prétendit, toutefois, que son enfant n'avait pas poussé un seul cri. Elle l'avait caché dans une couverture pliée en quatre sur son lit, s'était levée et était allée porter le cadavre dans le lit inoccupé d'une chambre voisine.

Sa sœur vint la voir à onze heures; Jeanne Lévêque lui dit qu'elle avait eu des vomissements de sang. Celle-ci la pressa vainement de lui avouer son accouchement; le lendemain soir, vers dix heures, la fille Lévêque alla déposer le corps de son enfant sur la grande route à 2 kilomètres de Mésanger. Le lendemain, à quatre heures du matin, elle revint le chercher, le rapporta chez elle et le jeta dans un chaudron dans lequel elle avait fait bouillir de la lessive. Après l'y avoir laissé un certain temps, elle le retira et se mit à le déchirer avec les mains. Elle le divisa en très-petits morceaux, et à l'aide d'une pelle fit entrer violemment ces lambeaux informes dans la bonde d'un baril de vinaigre. L'ouverture n'avait que 5 centimètres de diamètre.

On défonça le tonneau, et après en avoir fait écouler le vinaigre, on en retira les débris d'un enfant nouveau-né. Quelques-uns étaient méconnaissables; mais on put cependant y reconnaître une portion de la tête, quelques os séparés du crâne et de la face, un segment de la poitrine, le bassin, la langue, le foie, l'intestin, le cœur et le poumon. Par suite de ces violences mêmes, l'expérience de la docimasie pulmonaire n'a pu être concluante. Mais l'homme de l'art a néanmoins affirmé que la fille Lévêque est accouchée d'un enfant né à terme, d'une bonne constitution, et ne portant la trace d'aucune maladie qui pût s'opposer à la prolongation de son existence. L'examen des poumons le porte d'ailleurs à croire qu'il a respiré pendant un instant. Ces conclusions dégagées des incertitudes auxquelles devaient nécessairement donner lieu l'état du cadavre, les précautions cruelles prises par la fille Lévêque pour l'anéantir paraissent démontrer qu'après avoir nié sa grossesse, après s'être refusée longtemps à faire connaître où elle avait déposé le corps de son enfant, elle continue à dissimuler une partie de la vérité en prétendant qu'il n'a pas respiré.

Après les dénégations de l'accusée, l'intérêt du débat se concentre

sur la question médico-légale, vivement et savamment discutée par M. le docteur Thoinnet, chargé par ce juge d'instruction d'Ancenis de l'examen des débris du cadavre, et par M. le docteur Padioleau, appelé par la défense pour contrôler et critiquer au besoin les conclusions de son confrère. M. le docteur Thoinnet a constaté qu'une partie des débris trouvés par lui dans le baril de vinaigre sont dans un état de désagrégation tel qu'ils sont méconnaissables. On a pu néanmoins distinguer une portion de la tête, quelques os du crâne et de la face, une partie de la poitrine, la langue, le foie, l'intestin, le cœur et le poumon. On a reconnu que les membres avaient été séparés par des tiraillements sur les ligaments qui les retenaient, et que cette opération avait été rendue facile par la macération préalable de lessive bouillante.

Les chairs ont subi une véritable coction et quittent facilement les os ; la peau est décollée ; la chaleur a transformé le cristallin des yeux en un globule blanc et solide. La colonne vertébrale a été divisée au moyen d'instrument tranchant. Il n'est pas possible de décider si des violences ont été exercées sur l'enfant pendant la vie. Le cœur a été coupé en deux morceaux ; à l'un d'eux adhère un lobe du poumon gauche. Le tissu pulmonaire est rougeâtre ; il crépite sous la pression des doigts, quoique sans dégagement de gaz. Placé dans l'eau, il tombe lentement et s'arrête dès qu'un des points de sa surface touche le fond du vase. D'autres fragments moins considérables et qui, par la coction, ont pris une couleur plus ardoisée et l'aspect d'un tissu compacte, se précipitent au fond du vase dès qu'ils sont immergés.

Avant de conclure, M. le docteur Thoinnet a fait des expériences comparatives sur les poumons d'un jeune veau, qu'il a fait bouillir dans de la lessive jusqu'à ce qu'ils fussent complétement cuits et qu'ils eussent pris la teinte remarquée par lui sur les débris de poumons soumis à son examen. Bien que l'animal eût vécu pendant plusieurs jours, ses poumons, soumis à l'action combinée de la chaleur, de la lessive et du vinaigre, ont présenté les mêmes phénomènes docimasiques que ceux de l'enfant de Jeanne Lévêque.

Infanticide par combustion du cadavre.

Observ. LVI. — *Enfant brûlé. Examen des cendres. Mémoires à consulter* (par Ch. Robin et A. Tardieu).

La multiplicité, la délicatesse, la nouveauté des questions qui nous étaient posées, nous ont mis dans l'obligation de nous livrer à des expériences très-nombreuses et de nature diverse, que nous allons rapporter, et d'où nous nous efforcerons de faire sortir les lumières

que la justice attend de nous. Pour rendre plus facilement saisissables les faits complexes que nous avons à exposer, nous diviserons ce rapport en quatre parties : La *première* sera consacrée à la description anatomique des ossements contenus dans la petite caisse, et dont la provenance sera indiquée en décrivant chacun d'eux; la *seconde* renfermera l'exposé du triage et l'analyse des recherches chimiques auxquelles nous avons soumis les deux échantillons de cendres et de terre qui nous ont été adressés. Dans la *troisième* seront consignés les résultats que nous a soumis l'inspection directe et l'examen microscopique des taches qui existaient sur un mouchoir contenu dans la petite caisse, et dont la provenance sera ultérieurement indiquée. Enfin, dans une *dernière partie*, nous résumerons ces faits et nous en déduirons les conclusions, de manière à répondre aussi nettement que possible aux questions formulées dans la commission rogatoire de M. le juge d'instruction. Nous avons tenu très-grand compte des observations et des détails qui nous ont été transmis tant dans cette commission rogatoire que dans la note annexée à la susdite commission, par M. le juge d'instruction de Fontenay.

« 1° Si les cendres saisies dans le jardin de Tessier contiennent quelques parcelles d'ossements ou de débris humains; — 2° Si, tant ce qui pourrait être trouvé dans les cendres susdites que ce qui a été recueilli au domicile de Texier contient des parcelles d'ossements et de débris humains, ayant dû ou pu faire partie du cadavre d'un enfant nouveau-né, brûlé peu après la naissance; — 3° Si ces débris d'ossements portent des indications de fractures produites, soit pendant la vie, soit après la mort et avant la combustion; — 4° Si ces débris se rapportent à ceux du cadavre d'un enfant venu à terme; — 5° Si, enfin, les diverses pièces à conviction peuvent aider à la démonstration d'un accouchement à terme ou très-rapproché du terme suivi d'un infanticide, commis dans les conditions relatées dans la note annexée à la présente commission, dont le but se trouve plus complétement détaillé et précisé dans la susdite note, laquelle a été rédigée séparément, pour pouvoir être, momentanément, confiée à MM. les experts. »

Après avoir prêté serment entre les mains de M. le juge d'instruction, avons retiré du greffe les objets soumis à notre examen. Ils nous ont été remis contenus dans deux caisses :

L'une, plus petite, en sapin raboté, large de 19 centimètres, longue de 20 centimètres et demi sur 9 centimètres de haut, était entourée d'une ficelle fixée sur les quatre côtés de la caisse, sur son couvercle et à son extrémité, par des scellés en cire rouge au sceau de M. le juge d'instruction de Fontenay-le-Comte. Son couvercle, fixé par des pointes de Paris, portait écrit : *Affaire Jarrin et Texier*,

pièces à conviction. Le juge de l'arrondissement de Fontenay-le-Comte, signé : *Brunetière*. Et au-dessous, le sceau en noir de M. le juge d'instruction de Fontenay-le-Comte. Enfin, sur un carton gris fixé par quatre pointes de Paris : *Monsieur le procureur impérial près le tribunal de première instance de la Seine, Paris.* Le tout du poids de 1 kilogramme.

L'autre caisse, plus grande, en planches de sapin scié, non rabotté, longue de 95 centimètres, large de 45 centimètres, haute de 40 centimètres, était entourée d'une forte ficelle, fixée par deux scellés en cire, au sceau de M. le juge de paix du canton de Pouzanges (Vendée); le couvercle, fixé par des clous, portait un carton gris attaché avec des pointes de Paris, sur lequel était écrit : — *Pièces à conviction. Infanticide. — Affaire Texier et fille Jarrin. — Monsieur le procureur impérial près le tribunal de première instance de la Seine, Paris.* — Et au-dessous de ce carton une bande de papier blanc fixée à l'aide de clous, portant écrit : (*Affaire fille Jarrin et Texier. — Infanticide de complicité*). — *Caisse contenant des cendres prises au domicile du sieur Texier, pour servir de pièces à conviction. — Caisse que nous avons scellée du sceau de notre justice de paix, en présence des gendarmes Dorimé et Richard, qui ont signé avec nous et notre greffier à Pouzanges, le 20 avril 1860*, signé : *Richard, Dorimé, Naud et Collandreau, greffier.* — Et à côté : — *Monsieur, monsieur le procureur impérial en son parquet, à Fontenay* (Vendée). Le tout du poids de 99 kilogrammes.

Après avoir constaté l'intégrité des scellés sus-décrits sur ces deux caisses, nous les avons fait porter au laboratoire de l'un de nous, pour en soumettre le contenu aux observations anatomiques, aux analyses chimiques et microscopiques nécessaires pour donner réponse aux questions de M. le juge d'instruction.

Première partie. — *Examen anatomique des ossements trouvés dans les cendres.* — Les ossements soumis à notre examen étaient contenus dans la petite caisse sus-décrite, enveloppés dans du papier blanc très-fort, en quatre paquets séparés, cachetés à la cire rouge, au sceau de M. le juge d'instruction de Fontenay-le-Comte (Vendée), scellés que nous avons reconnus intacts, et ces paquets étaient protégés contre tout froissement par de la bourre de coton.

N° 1. Le premier paquet, qui est le plus gros, porte la suscription suivante : *Infanticide. — Fille Jarrin et Texier.*

N° 1. — *Os et résidus d'os recueillis au domicile de Texier, et provenant du criblage de cendres sèches*; et au-dessous les signatures de : *Texier, Dorimé, Naud, Brunetière, Héraud, greffier*, et une signature illisible, probablement : *Merveilleux* ou *Mervilly*. Les fragments d'os contenus dans ce scellé sont des portions d'os calcinés à différents degrés, très-brisés et comme usés par un frotte-

ment. Ils sont au nombre de plus de cent, appartenant à différentes parties du corps. Nous y avons reconnu deux dents molaires de jeune porc, dont une entière; une portion de la tête du fémur encore à l'état d'épiphyse et détachée du corps de l'os sans rupture; une portion articulaire de l'os du canon; des parties brisées de la portion du corps d'os longs, tels que le fémur, l'humérus ou le tibia; des portions d'os du tarse ou du carpe. Les autres fragments sont formés surtout de tissu spongieux, de quelques os courts et plats et des extrémités des os longs, dont il est impossible de fixer les caractères particuliers et l'origine d'une manière précise. Mais tous sont trop gros pour être considérés comme provenant d'un os quelconque du squelette d'un nouveau-né. Leur tissu spongieux, spécialement, offre des aréoles beaucoup plus larges et des lamelles bien plus épaisses que celles des os de fœtus humain à terme.

En résumé, aucun des fragments d'os du paquet n° 1 n'a pu provenir du squelette d'un nouveau-né; plusieurs ont les caractères des dents et des os de porc.

N° 2. — Le *deuxième paquet* porte la suscription suivante : *Infanticide. — Fille Jarrin et Texier. — N° 2. — Fragments d'os recueillis parmi des cendres mouillées au domicile de Texier*, et au-dessous les signatures de *Texier*, *Dorimié*, *Naud*, *Brunetière*, *Héraud*, *greffier*, plus une signature illisible, probablement *Merveilly* ou *Merveilleux*.

Les débris osseux contenus dans ce scellé sont enveloppés de bourre de coton et accompagnés d'un peu de terre. Tous sont fortement calcinés et au même degré. Un examen attentif, confirmé par la comparaison de ces fragments d'os avec ceux du squelette d'un nouveau-né, nous y a fait reconnaître très-nettement la présence des os de fœtus à terme brisés, offrant la texture spongieuse, fine, à aréoles serrées et la friabilité propre aux os de cet âge. En voici l'énumération :

1° Un os ovalaire, déprimé de haut en bas, concave en avant, étroit et concave en arrière, un peu écorné à une de ses extrémités. Là on voit qu'il est formé d'un tissu spongieux fin dont les aréoles sont serrées. Ce sont là les caractères propres au *corps des vertèbres* chez le fœtus à terme ou environ et chez les nouveau-nés. 2° Le quart supérieur d'un os long, brisé vers le commencement du canal médullaire. Cet os portait une tête articulaire semblable à celle du *fémur* du nouveau-né. Elle s'est détachée pendant l'examen. 3° Une portion d'os long, légèrement prismatique, triangulaire, à arêtes mousses, à grosse extrémité, formée d'un tissu spongieux, friable, comme érodé et arrondi par frottement. Sa petite extrémité, qui s'est brisée pendant l'examen, montrait le commencement du canal médullaire. Ces caractères sont ceux de l'*extrémité supérieure du*

tibia du nouveau-né, moins l'usure due à la calcination et au frottement. 4° Une autre portion d'os long, presque arrondie, montrant une certaine étendue du canal médullaire et le tissu compact qui l'entoure ; sa plus grosse extrémité est spongieuse, friable, érodée par la calcination et le frottement. Cette portion d'os nous a paru être l'*extrémité inférieure du tibia*. 5° Une autre portion d'os long, cylindrique dans la plus grande partie de son étendue, offrant là le commencement du canal médullaire, et percée de haut en bas sur le côté par un petit trou nourricier ; elle était aplatie et élargie inférieurement ; cette partie élargie était écornée d'un côté, mais arrondie et un peu usée du côté opposé, offrant tous les caractères de l'*extrémité inférieure de l'humérus*. 6° Deux portions d'os long, offrant l'une la forme et le volume de l'*extrémité supérieure du péroné*, l'autre la forme et le volume de l'*extrémité inférieure du même os ;* la première représente le tiers, la seconde le quart environ de la longueur de cet os. Leur extrémité spongieuse est comme érodée ou usée par la calcination et le frottement contre quelque corps dur ou de même nature. 7° Un petit os parfaitement entier, long de 10 millimètres, un peu aplati, concave sur une de ses faces, convexe, cylindroïde du côté opposé, avec une facette articulaire intacte à chaque extrémité, l'une aplatie, l'autre convexe en quart de sphère, présentant en un mot tous les caractères de la *première phalange du pouce de la main ou du gros orteil* d'un enfant nouveau-né. 8° Six fragments offrant la forme, les dimensions et la structure de l'*extrémité postérieure des côtes* d'un fœtus nouveau-né, portant tous encore la tête ou extrémité articulaire de ces os, qui est reconnaissable, bien qu'érodée par la calcination et le frottement. 9° Nous avons encore trouvé, mélangés à de la terre, une quinzaine de fragments d'os, tant os longs qu'os plats, pouvant avoir appartenu au squelette d'un fœtus nouveau-né, mais réduits en parcelles trop petites et trop irrégulières pour qu'il fût possible d'en déterminer l'espèce, ni même de dire si ce sont des os de fœtus ou d'un animal domestique. Ils étaient au nombre d'environ quinze à seize. 10° Un fragment d'os offrant manifestement la conformation et la structure d'un os de poulet.

En résumé, outre un morceau d'os de poulet et des fragments osseux dont la nature ne pouvait être déterminée, nous avons trouvé dans le paquet n° 2 des débris provenant d'un squelette de fœtus nouveau-né, à terme ou près du terme, savoir : *un corps de vertèbre, l'extrémité supérieure d'un fémur, les deux extrémités d'un tibia et d'un péroné, l'extrémité inférieure d'un humérus, la première phalange du pouce de la main ou du pied, et l'extrémité postérieure de six côtes*.

En fermant pour le renvoyer le paquet contenant ces os, nous

avons mis à part, enveloppés de coton et de papier, tous ces débris osseux provenant du squelette d'un fœtus nouveau-né à terme.

Tous les os contenus dans le paquet n° 2 étaient un peu salis de terre ou de cendre, ce qui les rendait plus grisâtres que ceux contenus dans les autres paquets.

N° 3.— Le *troisième paquet* porte la suscription suivante : *Infanticide. — Affaire Jarrin et Texier. — N°* 3. — *Fragments d'os recueillis parmi des cendres mouillées au domicile de Texier*, et au-dessous les signatures de *Texier*, *Dorimier*, *Naud*, *Brunetier*, *Héraud*, *greffier*, et une signature illisible, probablement *Mervilly* ou *Mervilleux*.

Les débris osseux contenus dans ce paquet sont enveloppés de bourre de coton, et contenus dans un petit sachet de toile blanche fine, portant pour suscription : *Affaire Texier et Jarrin*, et au-dessous un parafe.

Ces fragments, tous très-petits et irréguliers, presque en poussière, sont au nombre de vingt à vingt-cinq. Leur irrégularité, leur petit volume et leurs brisures nous ont empêché de pouvoir en déterminer la nature et de dire de quel être ayant vécu ils ont pu provenir.

Parmi eux toutefois, nous avons reconnu une dent calcinée comme les débris osseux et offrant les caractères d'une dent incisive de jeune porc.

N° 4. — Le *quatrième paquet* porte la suscription suivante : *Infanticide. — Affaire Jarrin et Texier. — N°* 3. — *Fragments de petits os recueillis dans les cendres du fourneau de la boulangerie de Texier, le 17 avril* 1860, et au-dessous les signatures de *Texier*, *Naud*, *Brunetière*, *Héraud*, *greffier*, et une signature illisible, probablement *Mervilly* ou *Mervilleux*.

Sous cette enveloppe, nous avons deux petits paquets.

L'un d'eux avait pour enveloppe un fort papier blanc, scellé au sceau de M. le juge d'instruction de Mayenne, scellé que nous avons trouvé intact. Il portait pour suscription : *Parcelles trouvées dans le fourneau de la boulangerie, le 17 avril* 1860, *chez Texier*, et au-dessous les signatures *Brunetière* et *Texier*. A gauche, la cire couvrait un numéro et un mot ou une signature que nous n'avons pu lire.

Dans ce premier petit paquet étaient neuf fragments osseux, les uns minces, lamelleux, les autres représentant de courtes et minces portions d'os cylindriques creux. Ces fragments étaient blancs, fortement calcinés, mais leur petit volume, leur irrégularité, leur degré de brisure, nous ont empêché de pouvoir déterminer de quels os ils proviennent et même à quel être vivant ils ont pu appartenir.

Le *second petit paquet* contenu dans l'enveloppe n° 4, à côté du

précédent, était entouré d'un papier blanc, mince, non scellé et sans suscription. Il nous a présenté les os et débris d'os, tous blancs ou grisâtres, fortement calcinés et friables, dont suit la description :

1° Un petit os cylindrique, long de 8 millimètres, sans rupture ni écornure, offrant deux facettes articulaires, l'une légèrement concave en travers, située au gros bout de l'os; l'autre légèrement concave d'avant en arrière en forme de poulie à l'extrémité opposée. La forme et les dimensions de cet os étant celles qu'on trouve sur les *os de la première phalange des doigts* des enfants nouveau-nés à terme, nous en avons conclu que cet os était celui d'une phalange des doigts d'un fœtus à terme. 2° La diaphyse d'un os long ayant 11 millimètres 1/2 en longueur, prismatique, triangulaire, un peu aplatie et légèrement renflée à ses deux extrémités. Cet os nous a offert les caractères d'un des *os du métacarpe ou du métatarse* des membres d'un fœtus à terme. 3° Un os long de 8 millimètres, aplati, recourbé en sens inverse sur ses deux faces et offrant les caractères d'une des *moitiés de chaque arc postérieur des vertèbres d'un fœtus* nouveau-né à terme. 4° Six petits morceaux d'os plats, irrégulièrement brisés, offrant l'épaisseur et les stries ou sillons superficiels que présentent aussi les os de la voûte du crâne chez le fœtus ; mais ils étaient trop petits et surtout trop irréguliers pour qu'il nous ait été possible d'en déterminer l'espèce et la provenance. 5° Un grand nombre de petits fragments osseux irréguliers, presque en poussière, trop peu volumineux et trop brisés pour qu'il nous ait été possible d'en déterminer l'espèce et l'origine.

En résumé, le paquet n° 4 nous a présenté, outre des fragments osseux irréguliers, d'espèce indéterminée, *une phalange*, *une diaphyse d'un os du métatarse ou du métacarpe*, et *une moitié d'un arc postérieur des vertèbres* offrant les caractères qu'on trouve sur les os de cette espèce chez les fœtus à terme ou près du terme.

Il *résulte donc de la première partie* de notre examen médico-légal : 1° Que sur quatre paquets contenant des os, deux d'entre eux, les n°s 2 et 4, contiennent des débris d'ossements humains ayant les caractères de ceux du squelette d'un enfant nouveau-né, à terme ou près du terme. 2° Que la plupart de ces os présentent des fractures, mais que leur degré de calcination les a rendus trop friables pour qu'il soit possible de dire si ces fractures ont été faites pendant la vie, ou même après la mort avant la combustion plutôt qu'après la combustion, par les manœuvres du triage des cendres ou autres. 3° Que le degré de calcination de ces os a été considérable pour tous, mais il est impossible de dire, d'après même une comparaison minutieuse des uns aux autres, la durée de leur séjour dans le feu, ni si ceux de l'un des paquets tels que le n° 4 ont subi l'action du feu plus longtemps que les os contenus dans les autres paquets.

Deuxième partie. — *Triage et analyse chimique de la terre et des cendres renfermées dans la grande caisse.* — Dans la grande caisse dont nous avons donné plus haut la description, et dont nous avons trouvé les scellés intacts, existait un grand sac en grosse toile grise; il était divisé en deux portions inégales, par une forte ligature, et fermé à son ouverture par une ficelle solidement liée. La plus petite des divisions se trouvait du côté de la partie supérieure du sac, et représentait le tiers de son contenu. Le sac était humide dans toute son étendue, pourri par cette humidité et, par suite, s'est crevé près de la ligature de son ouverture pendant les manœuvres exécutées pour le retirer de la caisse. Nous avons pu néanmoins recueillir et examiner séparément le contenu des deux parties du sac.

A chaque ligature du sac était fixée une bande de papier scellée au sceau de M. le juge de paix du canton de Pousanges, sceau que nous avons reconnu intact. Ces deux bandes de papier étaient chiffonnées, dans le plus grand état d'humidité et de friabilité possible ; l'humidité avait en partie effacé l'encre des suscriptions qu'elles portaient. Les ayant détachées avec soin, mises en presse entre des feuilles de papier gris, nous avons pu, à grand'peine, lire les suscriptions suivantes, sur les lambeaux rapprochés les uns des autres: 1° Sur la bande de papier fixée à la ligature de l'ouverture du sac : *Infanticide, affaire Perrin et Tessier*, et à côté : *cendres saisies au domicile de Tessier, par nous juge de paix soussigné, Montournois, 2 avril 1860*, signé : *Dorinié, Richard, Collandrau, greffier, Naud ;* 2° sur la bande de papier fixée à la ligature qui divisait le sac en deux cavités inégales : *Infanticide, affaire Jarrin et Tessier*, et à côté : *cendres saisies au domicile de Tessier, par nous juge de paix de Pouranges soussigné, Montournois, 2 avril 1850*, signé : *Collandreau, greffier, Doridié, Richard*, et une signature effacée illisible.

Nous avons ensuite soumis séparement aux opérations suivantes le contenu de chacune des divisions du sac.

1° *Contenu de la plus petite division du sac du côté de sa partie supérieure.* — Nous avons constaté les caractères suivants sur ce contenu du sac indiqué comme cendres, sur la suscription y attenante, et comme cendres provenant de la boulangerie dans la note explicative annexée à la commission rogatoire.

Ce contenu était à l'état de terre noirâtre, humide, presque boueuse, nullement pulvérulente, ni demi-pâteuse comme de la cendre humectée au même degré; elle était mélangée de nombreuses feuilles de poirier et autres, de débris de menues branches, de paille, de morceaux de bois, de pierres et de gravier. Nous avons d'abord trié et séparé à la main ces divers objets, et il nous est resté une matière ayant l'aspect d'une terre humide à grains grossiers.

Cette matière humide a été étendue sur deux grands plateaux de zinc propre et desséchée à l'étuve à une température de 30 degrés.

Pour examiner cette matière desséchée d'une manière plus complète, nous l'avons passée à travers un crible métallique à mailles carrées de 1 millimètre de côté environ. Sur le crible, il est resté à chaque manœuvre des débris de branches, de paille, de pierre et de gravier plus petits que ceux déjà triés à la main, mais de même apparence.

Malgré l'examen le plus attentif répété sur tout le contenu de cette portion supérieure du sac, il nous a été impossible d'y trouver des os ni aucune parcelle d'os semblables ou analogues à celles renfermées dans les paquets dont nous avons fait l'examen dans la première partie de cette expertise. Nous avons ensuite recherché, à l'aide des réactifs chimiques appropriés, quelle était la composition de cette matière.

Les résultats auxquels nous avons été conduits ont été que cette matière, qui avait l'aspect extérieur de la terre et non de la cendre, avait la composition chimique des terres calcaires et argileuses mêlées d'humus, telles que sont la plupart des terres soumises à la culture et non la composition des cendres.

La quantité des carbonates de potasse et de soude dépassait un peu celle qui se trouve en petite proportion dans les terres, et leur présence ici indiquait le mélange probable d'une petite portion de cendre à la terre qui formait la masse principale de ce contenu du sac.

Le résidu insoluble dans l'eau distillée bouillante ayant été dissous dans l'acide azotique, après l'achèvement du dégagement de gaz, nous l'avons chauffé et y avons ajouté du *molybdate d'ammoniaque*, qui n'y a déterminé qu'une faible coloration jaune; ce qui indique la présence d'une très-petite quantité seulement de phosphates, ne dépassant pas celle que l'on trouve dans beaucoup de terres et à peine égale à celle qu'on trouve dans les cendres ordinaires provenant de la combustion des matières ligneuses. Les autres recherches auxquelles nous nous sommes livrés sur cette terre, car il est impossible de donner le nom de cendre à cette matière, ne nous y a fait découvrir ni substances grasses, ni matière animale ; elles ne nous y ont pas montré non plus les résidus contenant ou non du fer qu'on rencontre dans le produit de la combustion des matières charnues animales.

Considérant que ces recherches nous ont donné des résultats constamment négatifs en ce qui concerne la nature de ce contenu, en tant que cendres pouvant ou non résulter partiellement de la combustion d'un fœtus et de bois; mais que, au contraire, elles nous ont donné les résultats que fournissent l'analyse chimique et l'examen extérieur de la plupart des terres cultivées; nous n'avons pas cru nécessaire

de donner la description, désormais inutile, des longues, difficiles et laborieuses opérations chimiques qu' a exigées cette analyse.

En résumé, le contenu de la première division ou partie supérieure du sac nous a offert les particularités suivantes :

1° Il renferme des feuilles, des débris de bois, de paille et de pierre; mais nous n'avons pu y découvrir aucune parcelle d'os ; 2° l'analyse chimique nous y a montré les substances minérales et l'humus que contiennent ordinairement les terres cultivées et non les matières chimiques qui composent les cendres ; 3° l'analyse chimique ne nous y a pas montré non plus la présence de substances animales, de matières grasses, de phosphates abondants, de sels de fer ni d'autres produits de la combustion des tissus animaux.

2° *Examen du contenu de la plus grande division du sac du côté de son fond.* — Le contenu de la plus grande division du sac était une terre humide de même apparence que la première, mais plus fine, mélangée de débris végétaux, mais de moindre volume que ceux trouvés dans l'autre. Nous en avons d'abord retiré à la main une grande quantité de débris de branches, d'éclats de bois, de paille, de feuilles de poirier et autres, de pierres et de gravier.

Nous l'avons ensuite desséchée à l'étuve à 30 degrés, après l'avoir étalée sur une série de plateaux de zinc très-propres. Cette longue opération achevée elle a été criblée dans divers cribles semblables à ceux qui avaient servi à l'analyse des cendres.

Il est resté sur les cribles une grande quantité de petits débris de bois, de branchage et de paille. Mis de côté puis triés un à un comme il avait été fait pour les résidus du criblage de la première portion du contenu du sac.

Ces débris ne nous ont fourni aucune trace d'os, ni de parcelles osseuses, mais seulement les corps dont il vient d'être fait mention.

La terre fine qui avait traversé les mailles des cribles a été ensuite soumise aux diverses opérations d'analyse chimique qui nous avaient servi à déterminer la nature de la première portion du contenu du sac.

Les résultats de ces analyses ont été de nous démontrer dans cette terre pulvérulente la présence de sels calcaires et argileux, tels que ceux qu'on trouve dans les terres cultivées. Nous y avons trouvé, en outre, une notable quantité de la substance dite humus qui accompagne ordinairement les terres servant à la culture, surtout lorsqu'eltes ont été fumées, sans matière grasse en quantité notable, ni substances animales. Nous n'y avons également trouvé que des traces de phosphates et de sels de fer ne dépassant pas les faibles proportions qui existent dans la plupart des terres cultivées.

En résumé, l'analyse du contenu du fond du sac nous a donné les mêmes résultats que celle du contenu de la partie supérieure du sac,

savoir : 1° des débris de végétaux, des pierres et des graviers, sans os ni parcelles osseuses ; 2° son analyse nous y a montré la présence des sels et de l'humus qu'on trouve dans les terres soumises à la culture, sans matières grasses, ni substances animales; 3° ces résultats négatifs, au point de vue de la présence de résidus animaux, s'expliquent par ce fait que le contenu de la première partie du sac qui nous a été envoyé comme étant des cendres est un mélange de terre cultivée et de débris végétaux, mais n'est point formé de cendres : c'est à peine si l'on peut soupçonner qu'il en contient en mélange une très-petite quantité ; 4° ces résultats négatifs ne contredisent, sous aucun rapport, les résultats positifs énoncés dans la première partie de ce rapport, car des débris animaux ou des restes de la combustion d'animaux peuvent avoir séjourné sur cette terre, prise pour de la cendre mais qui n'en est pas, sans que ces résidus d'êtres organisés se soient mélangés ou infiltrés dans cette terre.

Troisième partie. — *Examen microscopique et chimique des taches qui existaient sur un mouchoir contenu dans la petite caisse.* — Dans la petite caisse décrite plus haut, à côté des quatre paquets contenant des débris osseux, nous avons trouvé un autre paquet entouré d'un fort papier blanc, fermé par 3 scellés à la cire rouge au sceau de M. le juge d'instruction de Fontenay-le-Comte, scellé que nous avons trouvé intact.

Ce paquet portait la suscription suivante : N° 5. — *Fille Jarrin et Tessier. — Infanticide*, et à côté : — *Mouchoir lacéré paraissant porter des traces de sang* — et au-dessous les signatures de *Brunetières — Héraud.*

Ce mouchoir est de coton fin, très-usé, en lambeaux lacérés, percés de trous nombreux. Il se déchire à la moindre traction. Il est d'un blanc grisâtre sale, avec quelques raies de couleur rose se croisant avec régularité mais en partie effacées par l'usure de l'étoffe.

Résumé de la troisième partie. — 1° Le mouchoir lacéré contenu dans la petite caisse, dans une enveloppe de papier blanc inscrite sous le n° 5, ne nous a présenté aucun des éléments qu'on trouve dans la matière formant les taches de nature sanguine; 2° il ne nous a offert que des poussières et des gouttes graisseuses, avec une teinte foncée des filaments microscopiques du coton, caractères qu'on trouve dans les taches formées par des liquides sales d'origine étrangère au corps humain.

Quatrième partie. — *Résumé général et conclusions en réponse aux questions qui nous ont été posées.* — Le long exposé qui précède nous dispense de tout commentaire sur les faits qui ont été soumis à notre appréciation, et nous sommes en mesure d'en déduire la solution de

la plupart des problèmes difficiles qui nous étaient posés. Aussi, en réponse aux questions formulées tant dans la commission rogatoire que dans la note y annexée pour faciliter nos opérations et reconnaissances, nous concluons des observations et analyses que nous avons faites, que : 1° Parmi les paquets contenant des débris osseux recueillis au domicile de l'un des inculpés, deux contiennent des os et des fragments d'ossements humains ; ce sont les paquets n° 2 et n° 4. 2° Ces os et fragments d'os sont : pour le n° 2 *un corps de vertèbre, le quart supérieur du fémur, l'extrémité supérieure d'un tibia, l'extrémité inférieure d'un tibia, l'extrémité inférieure d'un humérus, l'extrémité supérieure et l'extrémité inférieure d'un péroné, une première phalange entière du pouce de la main, du pied, et six fragments de l'extrémité postérieure des côtes* ;-pour le n° 4 *une première phalange des doigts, la diaphyse d'un os du métacarpe ou du métatarse, une moitié d'arc postérieur des vertèbres.* 3° Ces débris se rapportent exactement au squelette d'un enfant nouveau-né à terme ou très-près du terme et non à un autre âge. 4° La plupart de ces os présentent des fractures, mais ils sont devenus trop friables par la calcination pour qu'il soit possible de dire si ces fractures ont été faites pendant la vie ou au moins avant la combustion ; toutefois, rien ne prouve que ces fractures n'ont pas été faites pendant la vie ou après la mort avant la combustion. 5° Tous ces os sont à un complet degré de calcination; mais il n'est pas possible de dire si les uns ont séjourné dans le feu plus que les autres, ni de préciser la durée de leur séjour dans le feu. 6° L'existence parmi les pièces à conviction d'os ayant appartenu à un fœtus humain à terme ou près du terme démontre l'existence d'un accouchement à terme ou très-rapproché du terme ; et si rien dans ces pièces ne peut établir la certitude d'un infanticide, rien non plus n'infirme la supposition de ce crime. 7° Les matières qui nous ont été envoyées comme cendres saisies au domicile de Tessier sont de la terre et non des cendres; elles ne contiennent aucune parcelle d'ossements et de débris humains ni d'autres matières provenant de la combustion de tissus humains ; mais rien ne contredit la supposition que des ossements ou des cendres provenant de la calcination d'un être organisé ont reposé sur cette terre. 8° Les fragments du mouchoir portent des taches qui ne sont pas des taches de sang, soit lavé, soit non lavé; ce sont des taches d'une eau sale accompagnée d'un peu de graisse ou d'huile.

Observ. LVII. — *Enfant brûlé dans un poêle à Saint-Lazare.*

Des renseignements recueillis près du directeur, des religieuses, des filles de service et des détenus, il résulte les faits suivants :

La fille B... dit qu'elle était parvenue au terme de sa quatrième

grossesse; qu'étant accouchée au milieu de la nuit, elle étouffa son enfant sous son propre corps, puis le cacha dans la paillasse, où elle le laissa pendant toute la journée du lendemain. Elle s'était délivrée elle-même après avoir rompu le cordon et avait jeté le délivre dans un pot de chambre qu'elle avait ensuite été vider dans les latrines. Elle se défend d'avoir dit à personne qu'elle se fût débarrassée de son enfant de la même façon, et pense qu'on aura fait confusion. Ce qu'elle affirme, c'est qu'après avoir retiré le petit cadavre de la paillasse, elle le garda sous ses vêtements, dans une sorte de sac fait avec un pan de son tablier; puis, le lendemain matin, ayant trouvé moyen de pénétrer dans l'atelier pendant la récréation, elle avait mis le corps au milieu du foyer du poêle qu'elle avait rempli de charbon, et qui n'avait pas été ouvert pendant plusieurs heures après ce moment.

L'examen auquel nous soumettons la fille B... nous permet de constater qu'elle porte des traces évidentes et caractéristiques d'un accouchement, des éraillures encore violacées de la paroi abdominale, avec écoulement d'un peu de lait par la pression des seins.

Quant à la possibilité des faits tels que les raconte la fille B.... pour ce qui concerne la délivrance, la déchirure du cordon et la suffocation de l'enfant par la pression du corps de la mère, il est incontestable que les choses ont pu se passer exactement de la manière rapportée par l'inculpée.

L'examen minutieux des lieux où elle ajoute avoir achevé son crime et les renseignements qui nous ont été donnés nous ont appris que le poêle de l'atelier consiste en une double cloche de fonte de la contenance de 1/3 mètre cube environ, qui peut être librement chargée de charbon par une très-large ouverture latérale, et que surmonte un tuyau de forme légèrement conique, à travers lequel le tirage est très-énergique : ce poêle est allumé pour la première fois, à sept heures du matin, puis à neuf heures, au moment où l'atelier reste vide pour la récréation; on a coutume d'ouvrir toutes les fenêtres, et l'on active le foyer, afin de ventiler et de purifier la salle. Il n'est pas rare que des débris de toute espèce soient jetés dans le poêle, sans donner une odeur bien sensible. La récréation dure de une heure à une heure et demie. Toutes ces circonstances, il faut le reconnaître, se réunissent pour favoriser la combustion rapide et complète du cadavre d'un enfant nouveau-né. Et, dans les conditions indiquées par la fille B..., c'est-à-dire le corps ayant été mis dans le foyer incandescent, alors que toutes les fenêtres étaient ouvertes, et le poêle n'ayant été ouvert de nouveau que cinq ou six heures après, on peut admettre que l'odeur qui a dû accompagner les premiers moments de la combustion a pu être entraînée par la ventilation très-active qui régnait dans l'atelier, et que la combustion a

pu être à peu près complète au moment où le poêle a été rouvert.

La fille B... porte les traces d'un accouchement qui peut remonter au 15 novembre 1856; 2° les dispositions des lieux et les conditions physiques que nous avons appréciées ne s'opposent pas à ce que les circonstances de son accouchement et de la disparition du cadavre de son enfant aient été, en réalité, telles qu'elle le déclare.

Observ. LVIII. — *Enfant brûlé à la suite d'un accouchement clandestin* (affaire Lemoine.)

Je ne veux pas réveiller ici la curiosité qu'a si généralement excitée le procès criminel qui a amené devant la cour d'assises d'Indre-et-Loire, au mois de décembre 1859, madame Lemoine et sa fille. Mais je suis certain qu'on relira avec intérêt et qu'on consultera avec fruit les extraits qui suivent du rapport remarquable rédigé dans cette grave affaire par MM. Danyau et P. Lorain.

« Les fragments que nous avons retrouvés sont au nombre de quarante. Il n'existe pas un seul os complet. Tous ces fragments sont de très-petite dimension, irréguliers, déformés et représentant des segments d'os défigurés. Tous ces fragments présentent des traces de combustion, et quelques-uns sont devenus, par le fait de leur exposition au feu, complétement blancs et d'une extrême fragilité.

» Il est impossible de reconnaître à première vue aucun de ces os. Aussi nous a-t-il fallu les examiner attentivement, les comparer avec des os de fœtus de différents âges, appartenant à notre collection particulière et aux collections publiques, pour parvenir à émettre une opinion sur leur véritable nature.

» Nous devons dire d'abord que, si nous nous sommes abstenus de nous prononcer à première vue sur la question de savoir si quelques-uns de ces os provenaient d'un fœtus humain, nous n'avons pas eu la même hésitation pour décider que quelques-uns de ces os provenaient d'animaux, soit oiseaux, soit mammifères, servis sur la table. C'est principalement dans la buanderie que nous avons retrouvé ces débris d'os qui n'appartenaient pas à un fœtus humain. Nous devons ajouter que ces débris sont moins complétement brûlés, moins blancs, moins débarrassés de toutes matières animales, et sont plus reconnaissables que ceux qui proviennent de la cheminée du petit salon. Parmi les fragments d'os trouvés dans la cheminée de la buanderie par M. le juge d'instruction de Chinon ou trouvés par nous-mêmes (et ces fragments forment les 2/3 du nombre total), il n'en est pas un seul que nous ayons reconnu comme ayant appartenu à un fœtus humain. Un seul de ces fragments nous a laissé quelque doute; c'est une portion d'os assez épais, présentant une surface légèrement concave et qui pourrait avoir appartenu à un os faisant partie de l'orbite, mais nous ne saurions affirmer ce fait.

» Quant aux fragments d'os trouvés dans la terre de la cheminée du petit salon, ils sont d'un très-petit volume, blancs, poreux, débarrassés de matière animale, friables, tels enfin que des os soumis à un feu ardent. Non-seulement on ne retrouve pas ici un os complet, mais les débris eux-mêmes, par le fait de la combustion, sont déformés. Aussi l'examen de ces os présente-t-il les plus grandes difficultés. Quelques débris semblent se rapporter à des portions d'arcs vertébraux de fœtus ; mais il y a trop loin d'une apparence à une certitude pour que nous puissions nous prononcer. Cependant une portion plus volumineuse, moins déformée que les débris précédemment examinés, a attiré notre attention et a été de notre part l'objet d'une étude toute particulière.

» Cette portion d'os se compose d'une surface légèrement convexe où se voient les faisceaux radiés de tubes osseux convergeant vers un centre, près d'une autre surface à angle droit avec la première concave, avec un rebord saillant. Ce fragment nous a paru appartenir à l'orbite d'un fœtus humain, et être une partie de l'os frontal du côté droit. La comparaison des diamètres de la surface courbe avec ceux d'un os de même nature pris sur des fœtus de différents âges, nous a amenés à penser que si c'était là l'os frontal d'un fœtus humain, ce fœtus n'était pas arrivé au terme de neuf mois. Cette opinion, que nous exprimons avec toute la réserve que nous imposent la gravité de la mission qui nous a été confiée et l'extrême difficulté de l'examen, doit être considérée comme exprimant non une certitude complète, mais une grande probabilité. »

A la question de savoir si madame Lemoine a pu croire que sa fille n'était pas enceinte, les experts répondent par les considérations suivantes :

« Si, chez Angélina, la menstruation est régulière, cette suppression de trois époques sans grossesse chez une femme qui s'est exposée presque tous les jours à devenir enceinte a lieu de surprendre; et, bien que le fait ne soit pas sans exemple, et que nous puissions citer des cas dans lesquels la conception n'a eu lieu qu'après une plus ou moins longue suppression sans maladie, et, contrairement à des habitudes de régularité établies depuis longtemps, l'apparition d'une époque menstruelle véritable, et surtout une apparition pseudo-menstruelle pendant la grossesse, n'est pas tellement rare, que celle de février fût la preuve certaine de la non-existence de la grossesse.

» Ce qu'a été cette apparition sous le rapport de la durée, de l'abondance, de la continuité de l'écoulement, sa marche enfin comparativement à celle des époques ordinaires d'Angélina, serait important à connaître, et fournirait quelques éléments favorables à la solution de la question.

» En tous cas, quand on considère la facilité avec laquelle les

femmes acceptent sans beaucoup de discernement l'apparition des règles comme compatible avec la grossesse, on a lieu de s'étonner que madame Lemoine, mère expérimentée, ait si promptement conclu du retour des règles en février, qu'Angélina à cette époque n'était pas enceinte. Cet aveuglement sur l'état de sa fille ne s'explique que par la perspective d'un déshonneur bien propre à obscurcir son jugement. Nul doute qu'en toute autre circonstance elle n'eût raisonné et conclu tout différemment.

» En résumé, l'époque de février, si tant est qu'il se soit agi d'une époque véritable, ne prouve pas qu'Angélina ne fût point enceinte alors; mais à moins de preuves décisives tirées du volume des os du fœtus incinéré ou des circonstances de l'instruction, elle laisse par les motifs que nous avons dits plus haut quelque incertitude à cet égard. »

M. LE PRÉSIDENT. — Vous avez aussi, monsieur le docteur, été appelé à vous expliquer sur la question de savoir quelles inductions on peut tirer touchant la viabilité de l'enfant, de ce que l'enfant n'aurait pas crié en venant au monde ?

M. le docteur DANYAU. — En général l'enfant crie s'il est en bon état. Il est possible aussi qu'il ne crie pas, et que pourtant il puisse être rappelé à la vie, mais il succombera faute de soins intelligents après sa naissance.

M. LE PRÉSIDENT. — Voici ce que vous avez dit dans votre rapport :

« Des mouvements des membres et même des mouvements d'inspiration et d'expiration, sans cris répétés et vigoureux, ne prouvent pas qu'il y ait eu une vie complète ou tout au moins suffisante pour la pénétration de l'air dans les poumons, et que les signes de vie donnés par l'enfant fussent des signes certains de viabilité.

» De cet état précaire, l'enfant pouvait-il être, par des soins intelligents, ramené à la vie extra-utérine définitivement? En négligeant de dégager la bouche et les narines des mucosités qui pouvaient les obstruer, n'a-t-on pas aggravé une situation qui n'était pas sans ressources? Cela n'est pas impossible, sans doute, bien que ces obstacles à la pénétration de l'air ne soient pas de ceux qu'un enfant en bon état, du reste, ne puisse en général surmonter par ses propres efforts, quand il n'a pas d'autre cause d'obstruction, et quand il ne perd pas avec son sang la force nécessaire pour en triompher. Ici, le cordon non lié a pu nécessairement, dans l'état imparfait de la respiration, laisser écouler une quantité considérable de sang, et cette hémorrhagie contribuer à la mort de l'enfant.

» Il n'est pas moins vrai que l'enfant, qui n'a pas crié, n'a vécu que d'une vie précaire et qui devait s'éteindre bientôt. Il n'est même pas suffisant que le cri ait été poussé une fois, car si cette première explosion de l'instinct ne s'est pas répétée, la respiration ne s'établit

pas, et l'enfant succombe dans la transition de la vie intra-utérine à la vie extérieure.

» Il ne faut pourtant pas perdre de vue que son état précaire pouvait dépendre non des circonstances signalées, mais de quelque compression du cordon pendant le travail, compression qui peut avoir lieu sans circulaire autour du col, compression souvent fatale après la naissance, quand elle ne l'a pas été avant l'accouchement.

» Il n'y a donc rien à conclure de ce qu'on n'a pas allégué que le cordon entourât le col. Au reste, que cet état grave, si voisin de la mort, fût dû à la compression d'une anse de cordon libre ou circulaire, si telle en effet en était la cause, on ne peut pas dire que l'application la plus intelligente, la plus persévérante de toutes les ressources de l'art usitées en pareil cas eût été couronnée de succès. »

M. LE PRÉSIDENT. — N'est-il pas évident que le défaut de ligature suffit à amener la mort?

M. le docteur DANYAU. — Sans doute, même lorsque la ligature a été mal faite.

M. LE PRÉSIDENT. — Oui, vous l'avez dit dans votre rapport :

« Faut-il nécessairement qu'un enfant ait crié pour qu'on puisse affirmer qu'il ait vécu? Cette preuve ne résulte-t-elle pas des mouvements faits pendant cinq minutes environ, alors surtout que l'enfant n'a pas été lavé, qu'on n'a pas dégagé sa bouche et ses narines des mucosités qui pourraient s'y trouver, que le cordon n'a pas été lié, et qu'il n'est pas prouvé que le cordon entourait le cou. Il n'est pourtant pas nécessaire que l'enfant ait crié, pour qu'on puisse affirmer qu'il ait vécu ; mais là où les praticiens les plus habiles auraient pu échouer, des femmes ignorantes pouvaient-elles être plus heureuses?

» Cette non-ligature n'est-elle pas suffisante pour amener la mort, et cette période de cinq minutes est-elle assez longue pour que la mort soit la suite d'une hémorrhagie? La non-ligature du cordon pourrait, non-seulement contribuer à la mort, mais elle pourrait même, à elle seule, faire périr l'enfant. Des exemples de nouveau-nés, forts et bien portants, morts d'hémorrhagie faute de ligature ou faute d'une ligature bien faite, ne sont pas très-rares dans la science, et la règle d'en appliquer une et de la faire avec soin n'admet pas d'exception.

» Quant au temps nécessaire pour qu'une hémorrhagie par la cordon amène la mort, il n'est pas possible de le fixer rigoureusement, et nous ne pouvons dire si, dans l'espèce, cinq minutes ont suffi pour amener la mort de l'enfant d'Angélina. »

M. LE PRÉSIDENT. — Voilà les points principaux sur lesquels a porté votre expertise. On a aussi examiné une certaine paire de ciseaux qu'on soupçonnait avoir servi à couper le cordon ombilical?

M. le docteur Danyau. — Oui, on nous a représenté des ciseaux qui, sur les branches, ne portaient pas de taches de sang ; mais, ces branches détachées l'une de l'autre, nous avons remarqué une tache jaune ocre autour du trou de pivot. Cette tache, examinée au microscope, ressemblait en tout à une tache produite par du sang et de date assez récente pour ne pas remonter au delà du 30 juillet. Il est donc très-possible que ces ciseaux aient servi à couper le cordon ombilical.

Examen de taches.

Observ. LIX. — *Examen de taches de sang sur des linges saisis dans un cas d'infanticide.* (Voy. Observ. XXXIII.)

Nous, soussignés, Ambroise Tardieu et Charles Robin, professeurs à la Faculté de médecine, commis par ordonnance de M. Daniel, juge d'instruction près le tribunal de la Seine, en date du 11 novembre 1862, à l'effet d'examiner les linges saisis hôtel de la Bourse, dans les chambres occupées par le sieur Lebaudy, et rechercher la nature des taches existant sur les linges et notamment si elles proviennent du contact d'un enfant nouveau-né. Après avoir prêté serment entre les mains de M. le juge d'instruction, avoir retiré du greffe les objets soumis à notre examen, il nous a été remis deux caisses de bois blanc, l'une large de 30 centimètres sur 35 centimètres de hauteur; l'autre, plus petite, longue de 21 centimètres sur 15 centimètres de large et 7 de hauteur, toutes deux scellées au sceau de M. le commissaire de police du quartier Gaillon et portant une étiquette scellée du même sceau et indiquant la nature de leur contenu. Ayant vérifié l'intégrité des scellés, nous nous sommes transportés au laboratoire de l'un de nous pour y soumettre les objets contenus dans ces deux caisses aux examens chimiques et microscopiques convenables.

Examen du contenu de la plus grande caisse.—Dans cette caisse, nous avons trouvé liés ensemble deux serviettes, un drap et une toile de matelas, avec une étiquette signée de M. le commissaire de police du quartier Gaillon et scellée de son sceau portant l'indication des objets susdits.

Drap de lit.— Ce drap, de toile blanche, nous a présenté vers son centre une grande tache d'un rouge brunâtre, longue de 80 centimètres sur 50 centimètres de large, à bords irréguliers, déchiquetés et entourée d'un grand nombre de macules plus petites de même teinte, mais dont quelques-unes toutefois étaient un peu plus pâles et comme formées par de la sérosité sanguinolente qui aurait imbibé l'étoffe de toile. Par places, les bords de la grande tache offraient un aspect semblable. La matière de ces taches imbibant l'étoffe lui

donnait une roideur analogue à celle des linges empesés et traversait toute l'épaisseur du drap.

Après avoir découpé l'étoffe portant les portions de taches dont nous avions à déterminer la nature, nous les avons fait se ramollir et se gonfler par imbibition lente en laissant tremper un des bords de la toile dans une solution concentrée de phosphate de soude. Ce liquide, en ramenant la matière des humeurs desséchées à leur état de mollesse naturelle, permet ensuite de déterminer la nature des éléments constitutifs essentiels et caractéristiques de ces humeurs, éléments qui restent inaltérés au contact de cette solution.

Ayant ensuite soumis à l'examen microscopique la matière gonflée et ramollie qui formait ces taches, nous y avons constaté :

1° L'existence de nombreux globules rouges caractéristiques du sang. 2° La présence de la fibrine, l'un des éléments caractéristiques du sang, abondante surtout dans certaines parties du bord de la grande tache qui avait le plus la roideur du linge empesé. 3° L'existence aussi d'un petit nombre des éléments appelés *globules blancs* du sang. 4° Toutes ces parties constituantes du sang caractéristiques des taches formées par cette humeur épanchée étaient accompagnées de nombreuses cellules microscopiques de l'épiderme humain, soit isolées, soit imbriquées et réunies en petites lamelles incolores. Ces cellules qu'on trouve adhérentes à tous les linges de corps qui ont été plus ou moins longtemps en contact direct avec la peau humaine étaient larges, sans noyau central, mais plissées et chiffonnées comme elles le sont lorsqu'elles proviennent de l'épiderme de l'adulte.

Nous n'avons trouvé au milieu de ces éléments aucune des cellules qui constituent l'*enduit sébacé* du fœtus et le caractérisent.

Nous n'avons également pu y découvrir aucun des éléments du *méconium* ni rencontrer des taches ayant l'aspect de celles que forme cette matière des déjections fœtales lorsque, soit seule, soit mêlée d'urine, elle est frottée contre quelque étoffe, bien que nous l'ayons recherchée avec soin par les moyens appropriés dans les portions, peu étendues du reste, des bords de la grande tache qui offraient une légère teinte brun verdâtre sale et pâle.

Toile de matelas. — Cette toile de matelas quadrillée, tissue de coton, nous a présenté vers son milieu une grande tache arrondie large de 50 à 55 centimètres dans tous les sens, traversant toute l'épaisseur de l'étoffe et se reproduisant avec la même forme sur les deux faces. Les bords de cette tache se terminaient insensiblement pour se confondre peu à peu avec la teinte blanc pâle de l'étoffe. Sa couleur était roussâtre pâle. Elle était surchargée de huit taches plus foncées, larges de 2 à 10 centimètres, d'un rouge brun foncé, empesant l'étoffe et à bord bien délimité.

La substance formant la matière de la tache roussâtre pâle ne nous a montré que quelques globules rouges du sang peu nombreux, mais ni fibrine, ni globules blancs. Nous y avons trouvé les particules irrégulières de matière minérale qu'on trouve dans toute poussière d'origine étrangère au corps humain répandue dans les étoffes.

Cette tache nous a paru être formée par du sang arrivé par imbibition jusqu'à la toile de matelas après avoir traversé une autre étoffe et avoir laissé sur celle-ci ses constitutifs les plus abondants tels que la fibrine et la plus grande partie de ses globules rouges.

Les huit taches plus petites, plus foncées, empesant la toile de matelas et comme superposées à la tache précédente, nous ont présenté tous les éléments constitutifs du sang que nous avions trouvés dans la matière de la grande tache du drap de lit, savoir de nombreux globules rouges de la fibrine sur le bord des taches et quelques globules blancs.

Nous n'y avons trouvé que de rares cellules de l'épiderme humain, sans éléments de méconium, ni de l'enduit sébacé du fœtus.

Ces taches manifestement formées par du sang, nous ont paru devoir provenir ou de sang épanché directement à la surface de la toile de matelas ou encore pouvant provenir de sang qui coulant abondamment sur un drap de lit appliqué contre le matelas aura laissé du sang passer entre les fils avant coagulation de ce liquide.

Serviettes de toile. — Les deux serviettes nous ont présenté tant sur les bords qu'en divers points de leurs surfaces de nombreuses taches irrégulières, ayant depuis quelques millimètres de large jusqu'à plusieurs centimètres. Quelques-unes avaient des bords nets; les autres confondaient insensiblement leur teinte avec la couleur propre à l'étoffe. La plupart de ces taches étaient roussâtres ou d'un rouge pâle; les autres avaient une teinte jaune rougeâtre pâle et un peu foncée.

Examinées d'après les mêmes procédés qui nous avaient servi à déterminer la nature des taches précédentes, celles-ci nous ont offert les mêmes éléments que la tache roussâtre pâle de la toile à matelas.

Elles nous ont paru, d'après cette constitution, avoir été produites par de la sérosité sanguinolente plutôt que par du sang proprement dit, sérosité presque dépourvue de globules du sang dans quelques-unes de ces taches et qui aurait pu être essuyée à l'aide de ces serviettes.

Examen du contenu de la petite caisse. — Cette boîte, ainsi que l'indiquait l'étiquette scellée au sceau de M. le commissaire de police et portant la signature de ce magistrat, renfermait plusieurs centaines de fragments de papiers provenant de lettres déchirées, etc.,

trouvées devant la cheminée dans l'appartement portant les numéros 52 et 53 de l'hôtel situé rue Notre-Dame-des-Victoires, numéros 15 et 17. Nous avons cherché en vain sur tous ces fragments de papier des traces de sang ou de quelque autre liquide que ce soit provenant du corps humain adulte ou nouveau-né.

Conclusion. — En conséquence des recherches auxquelles nous nous sommes livrés et des faits qui précèdent, nous concluons que :

1° Les divers objets soumis à notre examen sont tachés de sang ;

2° Ce sang provient d'un écoulement abondant et d'une transsudation à travers les tissus tachés, comme il s'en produit à la suite de la délivrance chez une femme qui vient d'accoucher ;

3° Aucune des taches ne provenait du contact direct du corps d'un enfant nouveau-né.

FIN.

EXPLICATION DES PLANCHES.

Planche I.

Fig. 1. Poumon d'un enfant nouveau-né à terme, né vivant et ayant respiré. Les poumons sont complétement pénétrés par l'air et par le sang.

Fig. 2. Fragment de poumon ayant respiré, dont la coupe montre la structure. Les vésicules pulmonaires ont été distendues par l'air.

Fig. 3. Poumons d'un enfant nouveau-né à terme, mort-né et n'ayant pas respiré. Les poumons sont à l'état fœtal.

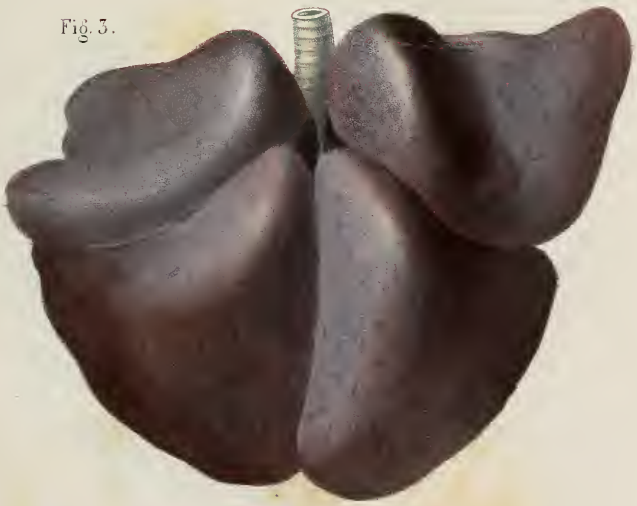
Fig. 4. Fragment de poumons n'ayant pas respiré. Le tissu pulmonaire offre l'espèce de splénisation propre à l'état fœtal.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 4

Fig. 3.



Lackerbauer ad nat. del. Imp Ceny Gros, r. Montagne Ste Geneviève, 34 Lebrun sc.
Publié par J B Baillière et Fils.

Fig. 1.

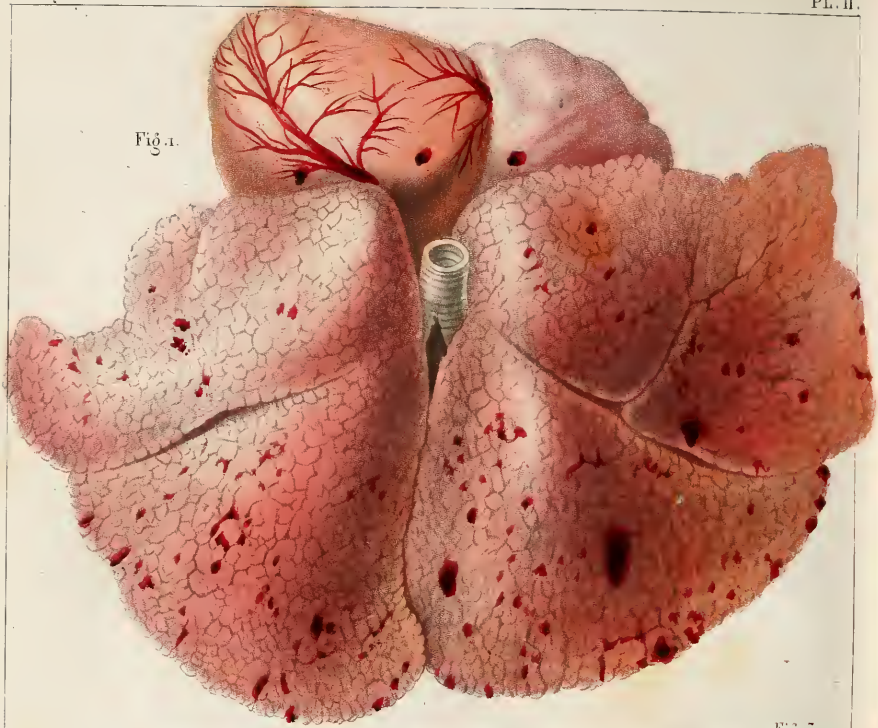


Fig. 2

Fig. 3.

Fig. 4

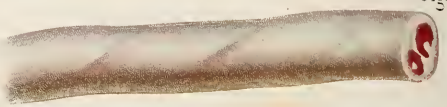


Fig. 6.

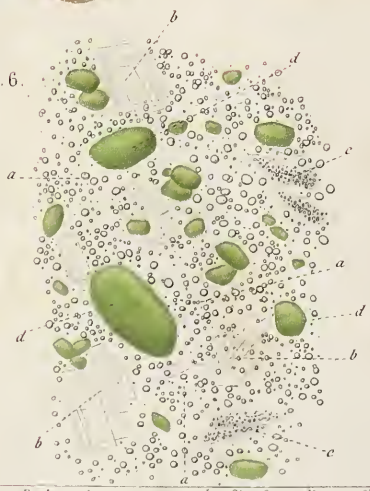


Fig. 5.

Lackerbauer et Pochet ad nat. del. Imp Génij Gros, r Montagne Ste Genevieve 34. Lebrun sc

Publié par J. B. Baillière et Fils

Planche II.

Fig. 1. Poumons et organes intra-thoraciques d'un enfant nouveau-né, né à terme, ayant vécu et respiré, mort victime d'un infanticide par suffocation. Les ecchymoses ponctuées disséminées sous la plèvre, sous le péricarde et à la surface du thymus, montrent le type des altérations caractéristiques de ce genre de mort.

Fig. 2. Cartilage épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur, présentant dans son épaisseur le point osseux qui se forme à la fin de la vie intra-utérine, et qui est, chez le nouveau-né, le meilleur signe de la naissance à terme.

Fig. 3. Fragment de cordon ombilical rompu et déchiré par un brusque effort.

Fig. 4. Fragment de cordon ombilical coupé et dont la section nette atteste l'intervention active de la main armée d'un instrument tranchant.

Fig. 5. Tache de méconium recueillie sur un linge et préparée d'après le procédé de MM. Ch. Robin et A. Tardieu.

a, mucus granuleux parsemé çà et là de stries pâles, et servant de gangue aux autres éléments ; *b*, lamelles isolées ou imbriquées de cholestérine en cristaux losangiques (ces cristaux sont rarement aussi nombreux que dans le cas qui a été figuré ici, et manquent deux fois sur cinq) ; *c*, cellules d'épithélium prismatique : elles sont généralement rares, déformées, souvent sans noyaux ; *d*, granules ovoïdes ou polyédriques, d'un vert jaunâtre, formés par la matière colorante de la bile, l'élément constant et le plus abondant du méconium.

Fig. 6. Tache d'enduit fœtal préparée d'après le procédé de MM. Ch. Robin et A. Tardieu.

Cellules épithéliales pavimenteuses peu régulières de matière sébacée. (Elles sont généralement plus granuleuses et à granulations plus grosses qu'elles ne le sont dans le cas reproduit ici ; à l'état frais surtout elles sont plus granuleuses que lorsque la tache a été séchée puis ramollie.)

Planche III.

Fig. 1. Fracture du pariétal gauche avec enfoncement s'étant produite pendant l'accouchement d'une femme qui avait un vice de conformation du bassin, et chez laquelle le forceps avait été appliqué. (*Pièce tirée du musée de M. le professeur Depaul.*)

Fig. 2. Dépression du coronal gauche s'étant produite pendant l'accouchement d'une femme qui avait un vice de conformation du bassin et sans qu'on se fût servi du forceps. (*Pièce tirée du musée de M. le professeur Depaul.*)

Fig. 3. Tête d'enfant à terme offrant un exemple remarquable de défaut d'ossification sur les différents os du crâne. (*Pièce tirée du musée de M. le professeur Depaul.*)

Fig. 4. Tête d'enfant à terme présentant une raréfaction du tissu osseux de la voûte du crâne. (*Pièce tirée des collections de M. le docteur H. Blot.*)

Fig 1

Fig 2

Fig 3

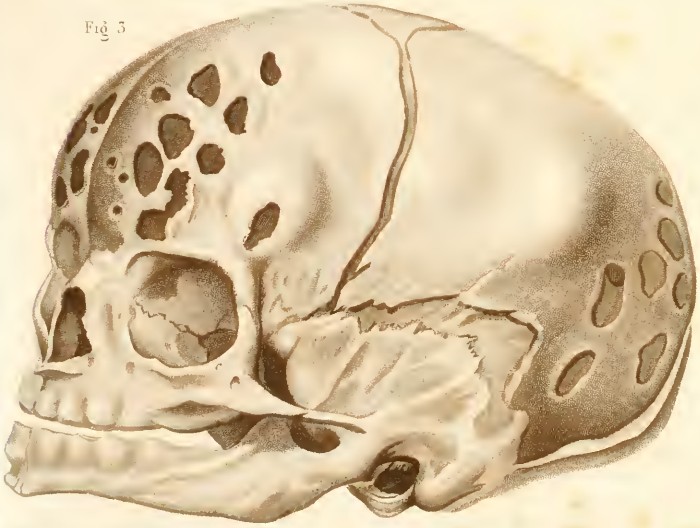


Fig 4

Pochet ad nat del

Debray sc

TABLE DES MATIÈRES.

PRÉFACE V

CHAP. I. Considérations préliminaires 1
Statistique de l'infanticide 6
Des circonstances dans lesquelles se produisent les cas d'infanticide et des conditions de l'expertise 12

CHAP. II. De l'identité du nouveau-né 20
L'enfant est-il né à terme? 25
A quelle époque plus ou moins éloignée du terme de la vie intra-utérine l'enfant est-il né? 35
Peut-on reconnaître l'identité d'un nouveau-né dont il ne reste que des fragments décomposés ou mutilés, ou le placenta? 37

CHAP. III. Des moyens de reconnaître que l'enfant est né vivant.. 43
L'enfant est-il né vivant? 45
Combien de temps l'enfant a-t-il vécu? 78

CHAP. IV. Des différents genres de mort dans l'infanticide 98
Quelles sont les causes de la mort? 99
Mort par suffocation 101
Fractures du crâne 133
Mort par strangulation 148
Immersion dans les fosses d'aisances 157
Infanticide par submersion 172
Infanticide par plaies et mutilations 174
Infanticide par combustion 181
Infanticide par hémorrhagie ombilicale 189
Infanticide par défaut de soin, exposition au froid, inanition. 193
Infanticide par empoisonnement 198
A quelle époque remonte la mort? 200

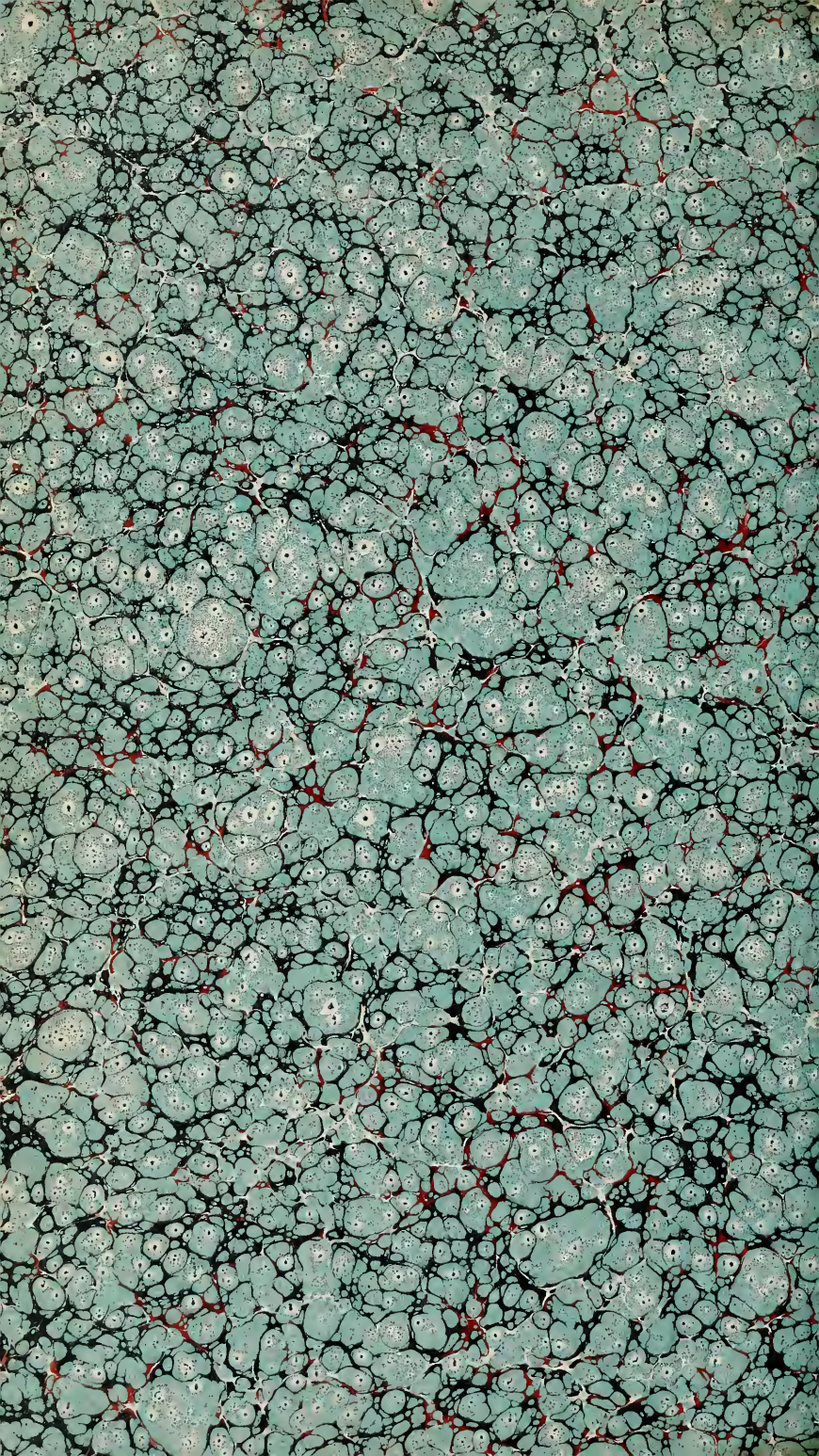
CHAP. V. Des conditions physiques et morales dans lesquelles se présente la femme accusée d'infanticide 204
Constatation du fait et de la date de l'accouchement 205

Des circonstances relatives à la grossesse et à l'accouchement. 218
De l'état physique et moral de la femme après l'accouchement. 226

CHAP. VI. Des constatations propres à établir les circonstances dans lesquelles s'est accompli le crime d'infanticide..... 241
Des caractères extérieurs des taches produites par le contact du corps d'un enfant nouveau-né..... 244
Des caractères normaux de l'enduit sébacé, de l'épiderme fœtal et du méconium..... 250
Examen microscopique des taches formées par l'enduit sébacé, l'épiderme fœtal et le méconium..... 259

CHAP. VII. De l'expertise médico-légale, des rapports et consultations en matière d'infanticide..... 264
Infanticide par suffocation..... 266
Infanticide par fracture du crâne..... 281
Infanticide par strangulation..... 273
Infanticide par submersion..... 313
Infanticide par blessures..... 315
Infanticide par combustion du cadavre..... 317
Examen des taches..... 334

Explication des planches..... 338

FIN DE LA TABLE DES MATIERES.

Paris. — Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2